1 de enero - 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027

Su cobertura de servicios y beneficios médicos y cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

Este documento le da información sobre la cobertura de atención médica y para medicamentos de Medicare y Medicaid del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para entender lo siguiente:

- Su prima del plan y costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), se ofrece mediante Ultimate Health Plans. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Ultimate Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP).)

Este documento está disponible gratis en español. Esta información está disponible en braille, letra grande y audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H2962_035_EOC27_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan 9
SECCIÓN 4 Material importante de la membresía 10
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para el 2027 11
SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan 18
SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 18
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1 Contactos de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 21
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 27
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización para la mejoría de calidad (QIO) 29
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 33
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 35

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 36

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Use proveedores en la red de nuestro plan para obtener atención médica 38
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios cubiertos? 47
SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica 48

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica....50
SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero....51

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)....53

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos....53
SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos....55
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)....155
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan....156

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos de la Parte D....159

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan....159
SECCIÓN 2 Llena su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan....159
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan....163
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura....166
SECCIÓN 5 Lo que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría....167
SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año....171
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos....173
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta....175
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales....175
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos....176

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D....179

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D....179
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)....182
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra....182

SECCIÓN 4 No hay deducible para Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) 184
SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial 184
SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica 189
SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales 189
SECCIÓN 8 Lo que usted paga por vacunas de la Parte D 189

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 192

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos....192
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o paguemos una factura que usted recibió....195
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no 196

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 198

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales....198
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan....205

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 207

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 207
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada....207
SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid 208
SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema....209
SECCIÓN 5 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones 209
SECCIÓN 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....213
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....224
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto....236
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. 241
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 245

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 249

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar la membresía en nuestro plan 254

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 254

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 254

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?.....258

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 260

SECCIÓN 5 Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones.....260

CAPÍTULO 11: Avisos legales 263

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable.....263

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación.....263

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 264

CAPÍTULO 12: Definiciones..... 265

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

Sección 1.1 Está inscrito en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), que es un plan de Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía dependiendo del estado y tipo de Medicaid que tiene. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura de servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Eligió obtener su atención médica de Medicare y Medicaid y su cobertura para medicamentos mediante nuestro plan, Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan son diferentes a los de Medicare original.

Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) es un plan de Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a la ayuda de Medicaid.

Como recibe ayuda de Medicaid con los costos compartidos de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de Medicare. Medicaid también puede darle otros beneficios cubriendo servicios de atención médica que generalmente no cubre Medicare. También puede recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Advantage Plus by

Ultimate (Full) (HMO D-SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda obtener los servicios médicos y la ayuda para pagar a los que tiene derecho.

Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) lo maneja una compañía privada. Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está autorizado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Florida para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos sentimos complacidos de proporcionarle cobertura de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura para medicamentos.

Sección 1.2 Información legal de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios a su cobertura o a las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite efectuar cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida deben aprobar Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). Puede continuar cada año obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que elijamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare y Medicaid renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan si cumple todas las condiciones que se indican a continuación:

- Usted tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare

- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). Las personas que están encarceladas no se consideran que viven en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Usted es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero elegible.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cumplir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad de Medicaid, pero es razonable esperar que la recupere en 2 meses, usted sigue siendo elegible para obtener una membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4, se informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período de elegibilidad continua considerada.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada Estado decide qué se considera ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y el costo de los servicios. Los Estados también pueden decidir cómo administrar sus programas siempre y cuando sigan los lineamientos federales.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).

- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas que trabajan y con discapacidad (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Área de servicio del plan de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Citrus, Hernando, Hillsborough, Indian River, Lake, Manatee, Marion, Orange, Osceola, Pasco, Pinellas, Polk, Sarasota, Seminole, St. Lucie, y Sumter.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debería comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo afectará la mudanza a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se traslade, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare original o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su domicilio postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.4 Ciudadano o nacional de EE. UU., o extranjero no ciudadano elegible.

Debe ser ciudadano o nacional de EE. UU., o extranjero no ciudadano elegible para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) deberá cancelar su membresía si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos de salud – (Health Risk Assessment – HRA)

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual, funcionales, sociales y de vida diaria.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. La HRA puede completarse durante una visita en persona, una llamada telefónica, por correo o en línea en https://portal.myultimatehp.com/Account/HealthAssessmentSurvey. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego nos pondremos en contacto con usted anualmente para cualquier actualización y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de cuidado

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, especialistas que usted visite u otros profesionales de la salud que usted elija.

Usted trabaja con un equipo de atención para crear un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos y otros proveedores de salud qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y otros servicios, si corresponde.

Su plan de atención se hace solo para usted. Incluye:

- Sus metas de salud y los pasos que puede tomar para alcanzarlas
- Cosas que puede hacer para ayudar a manejar su salud
- Un marco de tiempo para alcanzar sus metas

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA se complete. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que puede considerar recibir. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o según sea necesario si tiene algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Material importante de la membresía

Sección 4.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias en la red. Además debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de membresía:



NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía a Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica de Medicare (también conocidos como “ensayos clínicos”).

Si la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva.

Sección 4.2 Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se menciona la lista actual de proveedores y farmacias de nuestra red.

Los **proveedores en la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y los costos compartidos del plan como pago total.

Debe usar proveedores en la red para obtener atención médica y servicios. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar todo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios con urgencia cuando la red no está disponible (eso es,

situaciones en las que no sea razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Las **farmacias en la red** son las farmacias que aceptan surtir medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia en la red que quiere usar. Vea el Capítulo 5, Sección 2.4, para obtener información de cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com.

Sección 4.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como "lista de medicamentos" o "formulario"). Esta dice qué medicamentos con receta están cubiertos según el beneficio de la Parte D en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos cumple con los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la lista de medicamentos de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP).

La lista de medicamentos también indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.ChooseUltimate.com/Home/PrescriptionDrugs o llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para el 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 5.1 para detalles	$0

	Sus costos en 2027
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esta es la cantidad máxima que pagará de gastos de bolsillo para sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más información).	$500
Visitas en el consultorio de atención primaria	$0 de copago por visita
Visitas en el consultorio de un especialista	$0 de copago por visita
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado Incluye diversas estancias hospitalarias como cuidado agudo, rehabilitación y cuidado a largo plazo. Una estancia hospitalaria comienza el día en que eres admitido formalmente con una orden médica y termina el día antes de tu alta.	$0 de copago para los días 1 a 90

	Sus costos en 2027
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para detalles, incluido el deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica).	**Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D** $0 **Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** • Medicamentos de Nivel 1: $0 de copago • Medicamentos de Nivel 2: $0 de copago • Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total o la cantidad aprobada por el Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) No pagará más que el menor entre el 25% de coseguro, o un copago de $35, o la cantidad aprobada por LIS, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS • Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS No pagará más que el menor entre el 25% de coseguro, o un copago de $35, o la cantidad aprobada por LIS, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. • Medicamentos de Nivel 6: $0 de copago

	Sus costos en 2027
Cobertura para medicamentos de la Parte D (continuación)	**Etapa de cobertura catastrófica:** Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 5.3)
- Cantidad ajustada mensualmente relacionada con ingresos (Sección 5.4)
- Cantidad del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

Usted no tiene que pagar una prima mensual de su plan por separado de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP).

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con distintos niveles de ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*, la sección denominada *Costos de Medicare 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó en la Sección 2 de arriba, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe continuar pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima por la Parte B. También es posible que tenga que pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga esa condición, pero si la perdiera puede incurrir en la LEP. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial hubo un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo la Parte D ni otra cobertura para medicamentos acreditable. Una cobertura para medicamentos con receta acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare pues se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura para medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Generalmente, tendrá que pagar esa multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura de la Parte D o cobertura acreditable.
- Tenía cobertura para medicamentos acreditable mediante otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). Su asegurador o departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede conseguir esta información en una carta o un boletín de ese plan. Guarde esta información ya que es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el futuro.
    - **Nota:** En la carta o en el aviso, se debe indicar que tenía cobertura para medicamentos con receta acreditable y que se esperaba que pagara tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento en medicamentos no son coberturas para medicamentos con receta acreditables.

Medicare determina la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- Primero, cuente el número de meses completos que retrasó su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fue elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual del plan promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima para beneficiarios de la base nacional). Para 2027, la cantidad promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de penalización) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea esa cantidad al centavo más cercano. Por ejemplo, si pasan 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la penalización sería el 14% por $41.33, lo que equivale a $5.7862. Esto se redondea a $5.80. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D**.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa podría cambiar cada año,** ya que la prima para beneficiarios de la base nacional puede cambiar cada año.
- **Continuará pagando una multa generalmente** cada mes por el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si usted es *menor* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por la edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con su penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la penalización. La reconsideración es llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros. Generalmente, usted debe pedir esta reconsideración **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se indicaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, generalmente podría no tener otra posibilidad de pedir una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 5.4 Cantidad del ajuste mensual relacionado con ingresos

Si pierde la elegibilidad para su plan debido a cambios en los ingresos, algunos miembros tengan que pagar un cargo más para su plan de Medicare, que se conoce como la cantidad del ajuste mensual relacionado con ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) para la Parte D. El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados como los informó en sus declaraciones de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que debe pagar basándose en sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si usted tiene que pagar una IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuánto será la cantidad adicional. La cantidad adicional será retenida de su Seguro Social, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management), sin importar cómo suele pagar su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar la IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga la IRMAA adicional, se le cancelará la inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar una IRMAA adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 5.5 Cantidad del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Prescription Payment Plan), cada mes pagará su prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura del plan médico o del plan de medicamentos por los medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que tenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, encontrará más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 La prima mensual del plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar la cantidad de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo indicaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si debe pagarla, o quizás tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable.

Puede encontrar más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Esto muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores en la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus cantidades de costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información al día.

Infórmenos si tiene alguno de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación a los trabajadores o Medicaid)
- Alguna reclamación por responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si lo ingresan en un centro de atención residencial
- Si recibe atención médica en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable que designó (como un encargado del cuidado) cambia

- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a nuestro plan de los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo animamos a que lo haga)

Si cambia esta información, avísenos llamando a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Visite el sitio web de nuestro portal de miembros en portal.myultimatehp.com para cambiar su teléfono, dirección o proveedor de atención primaria (debe completar el registro para tener acceso a nuestro portal de miembros).

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o cobertura para medicamentos que tenga para que podamos coordinarla con sus beneficios dentro de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se mencione cualquier otra cobertura médica o cobertura para medicamentos de la que estemos enterados. Lea esta información con detenimiento. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro de nuestro plan a las otras aseguradoras (cuando confirme la identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si usted tiene otro seguro (como cobertura médica colectiva del empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) paga hasta los límites de la cobertura de ese seguro. El seguro que paga segundo (el “pagador secundario”) solo paga si hay costos que la cobertura primaria dejó sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted no tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas aplican para la cobertura de un plan médico colectivo de sindicato o de empleador:

- Si usted cuenta con cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan médico colectivo está basada en su empleo actual o en el de un familiar, quién sea el pagador primario dependerá de su edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una discapacidad o porque tiene una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted (o su familiar) aún trabaja, su plan médico colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) aún trabaja, el plan médico colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan médico de grupo pagará primero por los primeros 30 meses después de que adquiere la elegibilidad para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro independiente de culpabilidad (incluido seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare o los planes médicos colectivos del empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para miembros de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). Será un gusto ayudarlo.

Servicios para miembros: información de contacto	
Llame al	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios para miembros 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	800-303-2607
Escriba a	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34611
Sitio web	www.ChooseUltimate.com

Cómo pedir una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o con la cantidad que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo pedir decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D, Consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura de atención médica: información de contacto	
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	352-515-5975
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34611
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Apelaciones de atención médica: información de contacto	
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Apelaciones de atención médica: información de contacto	
FAX	800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 GrievanceAndAppeals@ulthp.com
SITIO WEB	www.chooseultimate.com/Member/AppealsandGrievances

Decisiones de cobertura de medicamentos de la Parte D: información de contacto	
LLAME AL	800-311-7517 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana
FAX	844-403-1028
ESCRIBA A	OptumRx Prior Authorization Department PO Box 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Apelaciones de medicamentos de la Parte D: información de contacto	
LLAME AL	800-311-7517 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana

Apelaciones de medicamentos de la Parte D: información de contacto	
FAX	877-239-4565
ESCRIBA A	OptumRx C/O Appeals Coordinator PO Box 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias en la red, incluyendo respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra las disputas de cobertura o pago. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D.

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 GrievanceAndAppeals@ulthp.com

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas de medicamentos de la Parte D: información de contacto	
LLAME AL	800-311-7517 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana.
FAX	800-313-2798
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans Appeals and Grievances Department PO Box 6560 Spring Hill, FL 34611 GrievanceAndAppeals@ulthp.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que cree que no debería pagar, debe pedirnos el reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitud de pago de atención médica: información de contacto	
LLAME AL	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	800-303-2616
ESCRIBA A	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34611
SITIO WEB	www.ChooseUltimate.com

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
LLAME AL	800-311-7517 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana
ESCRIBA A	OptumRx Claims Department PO Box 650287 Dallas, TX 75265-0342
SITIO WEB	www.optumrx.com/forms

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente con necesidad de diálisis o de trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que está incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratis. 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo especial para el teléfono y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.
Chatee en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Medicare: información de contacto	
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes médicos y de medicamentos de Medicare en su área, lo que incluye su costo y los servicios que proporcionan. • Busque médicos u otros proveedores de atención médica que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes, vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Consiga información y formularios para las apelaciones ante Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que proporcionan los planes, los centros de atención residencial, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de atención de largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). **Para enviar una queja a Medicare,** visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas a sus preguntas relacionadas con Medicare. En Florida, el SHIP se llama Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (SHINE) es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico) que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación gratis sobre el seguro médico local a personas con Medicare.

Los asesores de Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (SHINE) pueden ayudarlo a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (SHINE) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, a entender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de planes.

Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) (SHIP de Florida): información de contacto	
Llame al	800-963-5337
TTY	800-955-8770 Este número requiere un equipo especial para el teléfono y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	SHINE Program 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399
Sitio web	https://www.floridashine.org/

SECCIÓN 4 Organización para la mejoría de calidad (QIO)

Hay una Organización para la mejoría de calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que atiende a las personas con Medicare en cada estado. La Organización para la mejoría de calidad de Florida se llama Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica al que Medicare le paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes relacionadas con la calidad de la atención son que reciba un medicamento incorrecto, que le realicen pruebas o procedimientos innecesarios o que le den un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.

- Considera que la cobertura de la atención médica a domicilio, de la atención en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Acentra Health (Organización para la mejoría de calidad de Florida): información de contacto	
Llame al	888-317-0751. Días de la semana: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., horarios del Este, Central, las Montañas, el Pacífico, Alaska y Hawái-Aleutianas. Fines de semana y feriados: de 10:00 a.m. a 4:00 p.m., horarios del Este, Central, las Montañas, el Pacífico, Alaska y Hawái-Aleutianas.
TTY	711
Escriba a	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción para Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar una cantidad adicional por la cobertura para medicamentos de la Parte D debido a que tienen un mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social en donde se le indica que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambia la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia su domicilio postal, póngase en contacto con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social: información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo especial para el teléfono y es únicamente para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos) de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas calificadas que trabajan y con discapacidad (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida.

Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida: información de contacto	
Llame al	888-419-3456 Horario: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	800-955-8771 Este número requiere un equipo especial para el teléfono y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
Sitio web	https://ahca.myflorida.com/

El Programa del Defensor del Pueblo de Florida (de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA)) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Programa del Defensor del Pueblo de Florida (proporcionado por la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA)): información de contacto	
Llame al	888-419-3456 Horario: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	800-955-8771 Este número requiere un equipo especial para el teléfono y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
Sitio web	https://ahca.myflorida.com/

El Programa del Defensor de Atención de Largo Plazo de Florida ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de atención residencial y a resolver problemas entre los centros de atención residencial y los residentes o sus familias.

Programa del Defensor de Atención de Largo Plazo de Florida: información de contacto	
Llame al	888-831-0404 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Escriba a	Long-Term Care Ombudsman Program 4040 Esplanade Way, Suite 380 Tallahassee, FL 32399-7000 LTCOPInformer@elderaffairs.org
Sitio web	https://ombudsman.elderaffairs.org/

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas para disminuir sus costos de medicamentos con receta. Los programas que aparecen a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califica para Ayuda adicional de Medicare y la están obteniendo para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta.

¿Qué ocurre si usted tiene Ayuda adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la ayuda de costos compartidos de medicamentos con receta por medio del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Florida.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el estado y de su condición de VIH, bajos ingresos (según lo define el Estado) y su condición como no aseguradas o con un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo la ayuda. Para obtener más información sobre los

criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 850-245-4422.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que se puede usar con su cobertura para medicamentos actual para que pueda administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no lo hará ahorrar dinero ni reducir los costos de medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y sigue en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente en 2027**, **no necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027.** La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de SPAP y de su ADAP, para las personas que califican, son opciones más ventajosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto	
Llame al	844-368-8729 Las llamadas a este número son gratis. Horario: 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. Horario: 24 horas del día, 7 días de la semana.
Escriba a	Optum Rx Attn: M3P Election Processes PO BOX 650287 Dallas, TX 75265-0287
Sitio web	www.optumrx.com/en/ También puede completar el formulario de solicitud de participación en línea en: https://m3p-form.optumrx.com/?cid=ulthp

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, hágales saber si se cambia de domicilio o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. y los miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Presione “1” para tener acceso a la Línea de ayuda de la RRB automatizada y obtener información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo especial para el teléfono y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratis.
Sitio web	https://RRB.gov

CAPÍTULO 3:
Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica cuestiones que debe conocer acerca de cómo usar nuestro plan para cubrir su atención médica.

Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando la recibe, consulte la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores en la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el Estado para prestar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores en la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago completo. Hicimos arreglos para que estos proveedores den servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor en la red, usted solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, insumos, equipos y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica están en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. En el Capítulo 5 se discuten los servicios cubiertos de medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

Como un plan médico de Medicare y Medicaid, Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare original.

Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, insumos, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que le presta y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por anticipado (un referido) antes de que usted pueda usar otros proveedores en la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita referidos de su PCP para la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia. Para obtener información sobre los demás tipos de cuidado que puede recibir sin necesidad de una aprobación por anticipado de su PCP, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
- **Usted reciba su atención médica de un proveedor en la red** (vea la Sección 2). En la mayoría de los casos, el cuidado que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que usted tiene que pagar al proveedor el costo total de los servicios que reciba.
  Hay 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué son servicios necesarios con urgencia o de emergencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan, pero no tenemos especialistas en nuestra red que den esa atención, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que pagaría normalmente dentro de la red. Obtenga autorización de nuestro plan antes de recibir atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si obtuviera la atención de un proveedor en la red. Para obtener información sobre la aprobación para ir con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.

- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o accesible temporalmente. Los costos compartidos que paga nuestro plan por la diálisis no pueden ser nunca mayor que los costos compartidos en Medicare original. Si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que no está en la red de nuestro plan, sus costos compartidos no pueden ser mayores que los costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener los servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor que no está en la red de nuestro plan, sus costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores.

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para el suministro y la supervisión de su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace un PCP por usted?

¿Qué es un PCP?

Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Los tipos de proveedores que pueden actuar como PCP son los siguientes: médicos de medicina general, medicina familiar y medicina interna.

¿Cuál es la función de un PCP en su plan?

Cuando se inscribe en el plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP, que funciona como su base para temas médicos. Usted obtendrá la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará y le hará los referidos para ciertos servicios cubiertos que usted obtiene por ser miembro de nuestro plan. Las únicas excepciones son los pocos servicios cubiertos que puede obtener de un proveedor en la red sin un referido de su PCP. Estos servicios cubiertos se informan en la Sección 2.2 de este capítulo.

¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Nuestro plan cubre algunos servicios solo si usted, su PCP u otro proveedor obtienen la aprobación previa de Ultimate Health Plans. Esto se llama “autorización previa”. Estos servicios incluyen, entre otros, hospitalizaciones voluntarias, atención en centros de enfermería especializada, equipos médicos duraderos y prótesis. Para estos servicios, usted, su PCP o el proveedor se pondrán en contacto con Ultimate Health Plans para obtener una autorización previa. En el Capítulo 4, hay más información sobre los servicios para los que puedan requerir autorización previa.

Generalmente, su PCP está familiarizado con su condición y su historia médica. Llame a su PCP para hacer una cita cuando lo necesite. Para ayudar al PCP a que entienda su historia médica y supervise toda su atención, puede pedirles a sus médicos anteriores que le envíen los expedientes médicos a su nuevo PCP.

¿Cuál es el papel del médico de atención primaria (PCP) en la toma de decisiones sobre la obtención de autorización previa (PA)?

El PCP sirve como el coordinador central de la atención bajo el Modelo de Atención en el Hogar del PCP. Antes de la presentación al plan, las solicitudes de autorización de especialistas, proveedores de equipo médico duradero (DME) y proveedores de atención médica domiciliaria (Home Health Care - HHC) deben ser revisadas y aprobadas por su PCP, como miembro. El PCP evalúa la necesidad clínica, confirma que la solicitud sea consistente con el plan de atención de miembro y proporciona el referido o documentación de apoyo requerida. El plan sigue siendo responsable de revisar la solicitud de autorización previa y de tomar la determinación final de cobertura de acuerdo con los beneficios aplicables y los criterios de necesidad médica.

Cómo elegir un PCP

Puede seleccionar un PCP de los que se mencionan en el Directorio de proveedores y farmacias. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias más actualizado en línea en www.chooseultimate.com. Si necesita ayuda para elegir su PCP, póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este cuadernillo).

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. También es posible que su PCP se vaya de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar uno nuevo.

Un cambio en la selección de su médico de atención primaria (PCP) puede limitar a los especialistas que puede consultar. Algunos de los PCP de nuestra red forman parte de un grupo médico que refiere rutinariamente a ciertos especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos grupos médicos, generalmente lo remitirá a especialistas de la red que el grupo recomiende. Aunque su PCP generalmente puede derivarlo a un especialista de la red que el grupo recomiende, usted puede solicitar consultar a cualquier especialista dentro de nuestra red.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este cuadernillo). Cuando llame, dígale al representante de Servicios para miembros si está consultando a un especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten aprobación de su PCP (como servicios médicos a domicilio o equipo médico duradero).Servicios para Miembros ayudarán a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie su PCP. También verificarán que el PCP al que desea cambiar acepte nuevos pacientes. Servicios para Miembros cambiarán su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le informarán cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. Generalmente, el cambio a su nuevo PCP se realizará el primer día del mes siguiente a su solicitud. También le enviarán una nueva tarjeta de membresía que muestre el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin un referido del PCP

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de una aprobación por anticipado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, lo cual incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor en la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor en la red.
- Servicios de emergencias de proveedores en la red o proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dadas sus circunstancias, tiempo y lugar, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios necesarios con urgencia son enfermedades e lesiones médicas imprevistas, o rebrotes inesperados de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor por motivos médicamente necesarios (como revisiones anuales) no se consideran servicios necesarios con urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan está temporalmente no disponible.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que lo ayudemos a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera.
- Visitas cubiertas en el consultorio de un dermatólogo, siempre que sean con un proveedor en la red, hasta 5 visitas en las que se refiera el propio paciente al año calendario. Es posible que se necesite autorización para otros servicios.
- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare, siempre que sean de un proveedor en la red.
- Servicios de salud mental cubiertos por Medicare, siempre que sean de un proveedor en la red.

Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores en la red

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Cómo acceder a especialistas y otros proveedores en la red

Si su PCP considera que usted necesita un tratamiento especializado, lo referirá a un especialista del plan o a otros proveedores. Debe confirmar con su PCP o con el plan si necesita un referido o una autorización para los servicios. Para algunos servicios, es posible que su PCP tenga que obtener la aprobación de su plan con antelación (esto se llama “autorización previa”).

Nuestro plan cubre algunos servicios solo si usted, su PCP u otro proveedor obtienen antes el permiso de Ultimate Health Plans. Estos servicios incluyen, entre otros, hospitalizaciones voluntarias, atención en centros de enfermería especializada, equipos médicos duraderos y prótesis. Para estos servicios, su PCP o el proveedor se comunicarán con Ultimate Health Plans para obtener una autorización previa. Nuestro personal clínico, incluyendo enfermeros y médicos, revisa la información clínica que envía el proveedor y toma una decisión sobre la solicitud de autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se enumeran en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Un cambio en la selección de su médico de atención primaria (PCP) puede limitar a los especialistas que puede consultar. Algunos de los PCP de nuestra red forman parte de un grupo médico que refiere rutinariamente a ciertos especialistas. Si su PCP pertenece a uno de estos grupos médicos, generalmente lo remitirá a especialistas de la red que el grupo recomiende. Aunque su PCP generalmente puede derivarlo a un especialista de la red que el grupo recomiende, usted puede solicitar consultar a cualquier especialista dentro de nuestra red.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que están en la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista se retira de nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo informaremos si fue a una visita con ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, si actualmente recibe atención de esta persona o si fue a una visita con ese proveedor en los últimos 3 meses, se lo informaremos.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor dentro de la red calificado para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a pedir que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios continúen. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo la atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si un beneficio o proveedor en la red no está disponible o es inadecuado para cubrir sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red. Antes de buscar atención, debe obtener una autorización del plan.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor anterior, o que no se está administrando apropiadamente su atención, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, una queja

formal de calidad de la atención a nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Normalmente, debe recibir atención de los proveedores en la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. Algunos servicios, como la atención de emergencia, la atención necesaria de urgencia cuando nuestra red no está disponible o la diálisis fuera del área de servicio, no necesitan autorización previa y siempre se cubren al nivel de beneficios dentro de la red, aunque los reciba de proveedores fuera de la red. El plan cubrirá servicios fuera de la red que reciba por los siguientes motivos:

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención necesaria de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden dar esta atención médica, puede recibir esta atención médica de un proveedor fuera de la red. Si consulta a un proveedor fuera de la red, se debe obtener una autorización de Ultimate Health Plans antes de recibir la atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor en la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro para diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Hable con su PCP antes de solicitar atención de un proveedor fuera de la red. Este nos notificará y solicitará la autorización previa del plan. Su PCP puede explicar mejor su afección y darle cualquier justificación que necesite para su solicitud. También puede llamarnos usted directamente al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1, Cómo pedir una decisión de cobertura sobre su atención médica.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente, que tiene conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé que no ha nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad, pierda una función del cuerpo o sufra una discapacidad grave de

una función del cuerpo. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. No necesita obtener aprobación ni referido previos de su PCP. No es necesario que usted vaya con un médico dentro de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura de atención de emergencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una licencia del Estado apropiada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya avisado a nuestro plan sobre su emergencia.** Debemos darle seguimiento a la atención de emergencia que le den. Usted u otra persona deberán llamar para informarnos de su atención de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Llámenos al 888-657-4170 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., para poder ayudarlo.

Servicios cubiertos ante una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que acudir a una sala de emergencias de otra manera podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le presten atención de emergencia decidirán cuándo su condición sea estable y cuándo la emergencia médica haya pasado.

Cuando cese la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que puedan comunicarse con nosotros y hacer planes para obtener atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si quienes dan la atención de emergencia son proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que sean proveedores en la red los que se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría entrar por atención de emergencia —pensando que su salud está en grave peligro— y el médico podría decir que después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la obtiene de una de estas 2 maneras:

- Usted acude a un proveedor en la red para obtener la atención adicional.
- O la atención adicional que recibe se considera “servicios necesarios con urgencia” y usted sigue las normas a continuación para obtener esta atención urgente.

Sección 3.2 Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio necesario con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable debido a la hora, el lugar y las circunstancias que obtenga este servicio de proveedores en la red. Ejemplos de servicios necesarios con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran necesarias de manera urgente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita atención urgente?

Siempre debe intentar obtener servicios necesarios con urgencia de proveedores en la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor en la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios con urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Puede recibir servicios necesarios con urgencia en un centro de atención de urgencia. Si no puede ir a un centro de atención de urgencia dentro de la red (el centro no está disponible o usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan), puede ir a uno que no sea de nuestra red. Recuerde presentar su tarjeta de miembro en el momento de la visita.

¿Qué ocurre si usted está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de cuidado médico?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor en la red, nuestro plan cubrirá los servicios necesarios con urgencia que reciba de cualquier proveedor.

La atención de emergencia se refiere a los servicios que:

- Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia.
- Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.
- Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Ofrecemos atención de emergencia en todo el mundo como beneficio complementario hasta un límite máximo de cobertura de $50,000. Usted tendrá que pagar estos servicios y después solicitarnos el reembolso correspondiente. Por servicios de atención de emergencia cubiertos fuera de la red, fuera de los EE. UU. y sus territorios, la cantidad del reembolso no será mayor que la que pagaría Medicare original por el mismo servicio si se hubiera prestado en la localidad de los Estados Unidos donde usted vive.
- De la cantidad que le paguemos, si corresponde, se deducirá cualquier costo compartido aplicable. Es posible que no le reembolsemos todos los gastos de bolsillo. Esto se debe a que las tarifas de Medicare original pueden ser más bajas que las de proveedores extranjeros fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Debe presentar un resumen detallado de los costos, un comprobante de pago y una copia del expediente médico completo relacionado con los servicios. Esta información debe ser traducida al inglés. Este es un beneficio complementario que Medicare no suele cubrir. Aunque cubrimos atención de emergencia complementaria en todo el mundo, nuestro plan no cubre servicios necesarios con urgencia ni servicios que no sean de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si recibe atención que no sea de emergencia, deberá pagar la totalidad del costo por su cuenta. No se cubren medicamentos con receta ni de venta libre fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga), para obtener más información sobre este beneficio, incluidos los costos compartidos.

Consulte el Capítulo 7, Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos, para obtener información sobre cómo solicitar reembolsos del plan.

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite www.ChooseUltimate.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar a un proveedor en la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de los proveedores fuera de la red con los costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia en la red durante el desastre, puede surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo completo de sus servicios cubiertos?

Si pagó más que su parte de costos compartidos de nuestro plan por servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se mencionan en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por su plan o servicios fuera de la red sin autorización que no sean de emergencia o servicios urgentemente necesarios, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo de un servicio, consúltenos para ver si el servicio está cubierto por Medicaid.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se alcance el límite de un beneficio, el costo que pague por los servicios que excedan ese límite no se aplicará al máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios para miembros cuando desee saber cuánto ya ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (llamado también *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien actúa un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente piden voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio clínico de investigación, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que está en un ensayo clínico calificado, usted solo es responsable de pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costos compartidos de Medicare original, nosotros le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Debe presentarnos la documentación para que podamos ver cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita decirnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren estudios de desarrollo de cobertura con evidencia según las determinaciones de cobertura nacional (National Coverage Determinations-Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y de exención de dispositivos en investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a una autorización previa y a otras normas del plan).

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. Para estos estudios, debemos aprobar su participación. La participación en el estudio de investigación clínica es voluntaria.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de participar en el estudio.

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare original cubre los suministros y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluyendo:

- Alojamiento y comida por una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones por la atención nueva.

Después de que Medicare paga su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare original y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio, en la forma en que lo haría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pagos.

> *Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico:* Supongamos que parte del estudio de investigación incluye un examen de laboratorio que cuesta $100. Su parte del costo para este examen es $20 en Medicare original, pero el costo del examen sería solo de $10 con nuestro plan. En este caso, Medicare original pagaría $80 por el examen y usted los $20 de copago necesario según Medicare original. Notificaría a nuestro plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y presentaría documentación (por ejemplo, la factura de un proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto para la prueba sea de $10, que es la misma cantidad que usted pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente**:

- Generalmente, Medicare no paga por el nuevo artículo o servicio que está probando el estudio, a menos que Medicare cubriría el artículo o servicio aun si usted no estuviera en el estudio.
- Productos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará para que se

realicen CT mensuales como parte de un estudio si su afección médica normalmente solo requiere una CT.

- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación proporcionan de forma gratuita a las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica* disponible en Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Una institución religiosa para la atención de la salud no médica es un centro que proporciona atención para una condición que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar cubriremos la atención en una institución religiosa para la atención de la salud no médica. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución de salud religiosa no médica, debe firmar un documento legal que indique que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- Atención o tratamiento médicos que **no esté exceptuado** es cualquier tipo de atención o tratamiento médicos que es *voluntario* y que *no exige* la ley federal, estatal ni local.
- Tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médicos que recibe que *no* es voluntario o que *lo exige* la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan cubra el cuidado que recibe de una institución religiosa no médica para cuidado de la salud, este cuidado debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que dé el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si esta institución le da servicios en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe sufrir de una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención en el hospital para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
    - *Además,* debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de que lo admitan en el centro o no se cubrirá su estancia.

El plan cubre un máximo de 90 días de hospitalización por cada período de beneficios. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1 Ciertos equipos médicos duraderos no serán suyos después de hacer una cierta cantidad de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como equipo e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para que los miembros las usen en casa. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos de DME, como las prótesis. Hay otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo por 13 meses. **Como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), no obtendrá la propiedad de los artículos alquilados de DME sin importar cuántos copagos haya hecho por el artículo mientras era miembro de su plan.** No obtendrá la propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo DME a usted. Llame a Servicios para Miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY llamen al 711) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos de equipo médico duradero que haya hecho si se cambia a Medicare original?

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Medicare original para que sea propietario del artículo de DME. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare original no cuentan.

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en su plan. Luego, regresó a Medicare original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de inscribirse de nuevo en Medicare original para ser propietario del artículo. Todos los pagos ya realizados (ya sea a nuestro plan o a Medicare original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Suministro del oxígeno y de los contenidos con oxígeno
- Sondas y accesorios relacionados para el oxígeno para el suministro del oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, el equipo de oxígeno se debe devolver.

¿Qué sucede si se retira de nuestro plan y regresa a Medicare original?

Medicare original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses alquilará el equipo. Durante los siguientes 24 meses el proveedor suministra el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable por el costo compartido aplicable del oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o irse con otra. En ese punto, el ciclo de 5 años empieza de nuevo, aun si usted permanece con la misma compañía, y tendrá que pagar de nuevo los copagos por los primeros 36 meses. Si se inscribe o se sale de nuestro plan, empieza de nuevo el ciclo de 5 años.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos

La tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra la cantidad que usted paga por cada servicio cubierto como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). Esta sección también le otorga información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para determinados servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos

Algunos de los tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos son:

- **Copago:** la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en el que recibe el servicio médico. (En la tabla de beneficios médicos hay más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (En la tabla de beneficios médicos hay más información sobre el coseguro).

Sección 1.2 ¿Cuánto es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos?

Nota: Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.

Los planes de Medicare Advantage tienen límites en la cantidad que tiene que pagar de gastos de bolsillo cada año por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se conoce como “cantidad máxima de gastos de bolsillo” (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027, la cantidad MOOP es de $500.**

Las cantidades que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Las cantidades que paga por sus medicamentos de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Si llega a la cantidad máxima de gastos de bolsillo de $500, ya no tendrá que pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 No se permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la cantidad de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos por su plan. Los proveedores no pueden facturarle por cargos adicionales aparte, lo que se llama **facturación de saldo**. Esta protección se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación, se explica cómo funciona la protección de la facturación de saldo:

- Si sus costos compartidos son un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor en la red.
- Si sus costos compartidos son un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor en la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la cantidad reembolsada por su plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y su plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Su plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene un referido o servicios necesarios con urgencia).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Su plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando obtiene un referido o para emergencias o servicios necesarios con urgencia fuera del área de servicios).
- Si cree que un proveedor le facturó saldos, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En la tabla de beneficios médicos de las próximas páginas, se mencionan los servicios cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio. La cobertura para medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios que se enumeran en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid se deben prestar según las directrices de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (que incluyen la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, insumos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- En el caso de los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención médica de un proveedor en la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor en la red le haya dado un referido. Esto significa que usted paga al proveedor el costo total de los servicios fuera de la red que reciba.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le presta y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle aprobación previa (un referido) antes de que usted pueda visitar a otros proveedores en la red de su plan.
- Algunos de los servicios en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor en la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (algunas veces llamada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación de forma anticipada están marcados con una nota al pie en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada otorga la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación deberá ser válida mientras sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la

atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otra información importante sobre su cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre los costos compartidos por los servicios de Medicare, incluidos los copagos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes médicos de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual *Medicare & You 2027 [Medicare y Usted 2027]*. Véalo en línea, en Medicare.gov, o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo según Medicare original, también cubrimos esos servicios sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control para alguna enfermedad existente durante la visita en que obtenga el servicio preventivo, se aplicará un copago por el tratamiento recibido para la enfermedad existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2027, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Nuestro plan da sus beneficios de Medicare y AHCA (Medicaid). Los artículos y servicios adicionales que cubre AHCA (Medicaid) se indican en el cuadro de abajo en esta sección.
    - Lo que está cubierto y lo que paga depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que puede tener derecho, llame a la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) o al Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF) de Florida. Los números de teléfono se pueden encontrar en el Capítulo 2, Sección 6.
    - La información detallada sobre sus beneficios de AHCA (Medicaid) se puede encontrar en el resumen de servicios cubiertos de Medicaid de Florida de AHCA en línea en: https://ahca.myflorida.com/Medicaid/flmedicaid.shtml.
- Si pierde su elegibilidad en la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (AHCA) pero se espera que la recupere dentro de un mes, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare o el copago por los cuales el estado sería

responsable de no haber perdido su elegibilidad de Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período. Para obtener más información, llame a los Servicios para Miembros al 888-657-4170 (usuarios de TTY llamen al 711).

Información importante de beneficios para los miembros con afecciones crónicas

Puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas si cumple con los siguientes tres requisitos:

1. Tener una o más de las siguientes condiciones crónicas comórbidas y médicamente complejas:
    - Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorders, SUD)
    - Enfermedades autoinmunitarias
    - Cáncer
    - Enfermedades cardiovasculares
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - Demencia
    - Diabetes mellitus
    - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
    - Enfermedad gastrointestinal crónica
    - Enfermedad renal crónica (ERC)
    - Trastornos hematológicos graves
    - VIH/SIDA
    - Trastornos pulmonares crónicos
    - Trastornos de salud mental crónicos e incapacitantes
    - Trastornos neurológicos
    - Accidente cerebrovascular
    - Postrasplante de órgano
    - Trastornos inmunodeficientes e inmunosupresores
    - Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
    - Afecciones con desafíos funcionales
    - Afecciones crónicas que afectan la vista, el oído (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
    - Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuados para que la persona mantenga o retenga una función

2. Tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud

3. Requerir una coordinación intensiva de cuidados

- Su condición crónica debe ser confirmada por un profesional de la salud para recibir este beneficio.

- Para obtener más información, consulte la fila *Asignación para pago de servicios públicos y comidas saludables* en la tabla de beneficios médicos que aparece a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

 Esta manzana muestra los servicios preventivos en la tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal** Un ultrasonido de diagnóstico de una sola vez para las personas en riesgo. Nuestro plan cubre estas pruebas de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido de su médico, asistente médico (PA), enfermero de práctica avanzada (NP), o especialista en enfermería clínica (CNS).	No hay que pagar coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en estas circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en cuanto a que no tiene una causa sistémica identificable (por ejemplo, no está asociado con alguna enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con operaciones; y • no está asociado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones más para los pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o muestra regresión. La acupuntura, incluido la punción seca, para condiciones distintas al dolor lumbar crónico no está cubierta bajo el beneficio de Medicare Original. Los servicios deben ser proporcionados por un proveedor participante en la red del Plan. *Puede ser necesario obtener autorización previa.*	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros de práctica avanzada (NP)/enfermeros especialistas en clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden hacer acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que haga acupuntura debe tener un nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS, tal como lo exigen nuestros reglamentos.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea ante una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro para cuya afección se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. *Se pueden aplicar normas de autorización previa a ciertos servicios.*	$0 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. $0 de copago por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.
Visita de bienestar anual Si ha tenido la Parte B más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Este chequeo está cubierto una vez cada 12 meses. **Nota:** La primera visita de bienestar anual no se puede hacer en un plazo de 12 meses a partir de su visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de *Bienvenido a Medicare* para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.
Dispositivo de seguridad para el baño Nuestro plan cubre un (1) dispositivo de seguridad para el baño (luz de noche o luz para el inodoro) por año para evitar caídas. Para encargar un dispositivo de seguridad para el baño, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170**.**	$0 de copago por un (1) dispositivo por año.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medición de masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, son las personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detección de pérdida de hueso o determinación de la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medida de masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de evaluación cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses • Las mamografías de diagnóstico se realizan con más frecuencia que una vez al año, si es médicamente necesario *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones con un referido de un médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones: • Infarto de miocardio en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación coronaria (bypass) • Angina de pecho estable • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o implantación de 'stent' coronario (un procedimiento utilizado para mantener abierta una arteria) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple los criterios, es posible que pueda recibir 36 sesiones adicionales que pueden distribuirse a lo largo de un período de tiempo más prolongado. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. $0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, puede que su médico hable del uso de aspirina (si es apropiado), le tome la presión arterial y le dé sugerencias para asegurarse de que coma de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva del beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares.
Exámenes de detección de enfermedad cardiovascular Exámenes de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer del cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Un examen de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un riesgo alto de padecer cáncer de cuello de útero o vaginal o está en edad fértil y tuvo una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación vertebral. No existe un límite específico en cuanto al número de tratamientos. Los servicios deben ser médicamente necesarios y destinados a mejorar la condición o función del miembro. El tratamiento de mantenimiento no está cubierto. Otros servicios proporcionados o solicitados por un quiropráctico, incluidos radiografías y terapias de masaje, no están cubiertos bajo este beneficio. Los servicios debe prestarlos un proveedor participante en la red de proveedores de servicios quiroprácticos de su Plan.	$0 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de control: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un riesgo elevado o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no presenten un riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal y una cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de control previa. • La colonografía por tomografía computada para pacientes de 45 años o más que no presenten un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, y está cubierta cuando transcurrieron al menos 59 meses después del mes en el cual se hizo la última colonografía por tomografía computada o cuando pasaron 47 meses después del mes en el cual se realizó la última sigmoidoscopia flexible de control o colonoscopia de control. Para pacientes con riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cobertura de una colonografía por tomografía computada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses después del mes en el cual se hizo la última colonografía por tomografía computada o la última colonoscopia de control.	No hay coseguro, copago ni deducible para un estudio de control de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el estudio de control se convierte en uno de diagnóstico y queda sujeto a $0 de copago cuando se realiza en un hospital para pacientes ambulatorios o $0 de copago cuando se realiza en un centro independiente.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de que se les haya realizado una colonoscopia de control. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computada. • Estudios de control de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Uno cada 12 meses. • Estudio de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Uno cada 3 años. • Estudios de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Uno cada 3 años. • Los estudios de control del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de control como seguimiento después de un resultado positivo en un estudio de control del cáncer colorrectal no invasivo basado en heces cubierto por Medicare. • Los estudios de control del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de control planificada o una colonoscopia de control que supone la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con el mismo hallazgo clínico que el estudio de control, que es consecuencia de este y se realiza durante él. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en circunstancias limitadas, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de la persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes bucales antes del trasplante de un órgano. Además, cubrimos: **Los servicios preventivos cubiertos incluyen:** • 1 evaluación bucal cada 6 meses • 1 limpieza cada 6 meses • 1 tratamiento con flúor cada 6 meses • 2 radiografías dentales al año • 1 examen bucal completo cada 3 años **Los servicios integrales cubiertos incluyen, hasta el máximo anual de beneficio dental de $2500:** • Empastes • Coronas • Tratamientos de conducto • Desbridamiento bucal completo • Procedimientos periodontales de raspado y alisado radicular (limpieza profunda) • Mantenimiento periodontal • Extracción simple • Extracción quirúrgica • Anestesia necesaria con servicios cubiertos • 60 minutos de anestesia general o sedación intravenosa por fecha de servicio • Las dentaduras incluyen 1 por arco	**Servicios dentales cubiertos por Medicare** $0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. **Servicios dentales cubiertos de manera suplementaria** $0 de copago para servicios dentales preventivos no cubiertos por Medicare. $0 de copago para servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare hasta el Máximo Anual de Beneficios Dentales de $2500. **Usted será responsable del 100% del costo de servicios dentales integrales adicionales una vez alcanzado el Límite Máximo Anual de Beneficios de $2,500.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) Las dentaduras pueden incluir una de las siguientes por arco: • Dentadura completa, maxilar o mandibular • Dentadura inmediata, maxilar o mandibular • Dentadura parcial maxilar o mandibular, base de resina • Dentadura parcial maxilar o mandibular, metal fundido, base de resina • Dentadura parcial superior o inferior, base flexible • Relleno de dentadura superior o inferior **Las radiografías pueden incluir:** • Primera imagen radiográfica periapical intrabucal • Cada imagen radiográfica periapical intrabucal adicional • Una imagen radiográfica de aleta de mordida, o dos, tres o cuatro imágenes radiográficas de aleta de mordida • Serie completa de imágenes radiográficas intrabucales, 1 cada 3 años • Imágenes radiográficas panorámicas cubiertas 1 cada 3 años **Los empastes pueden incluir:** • Amalgama, una o más superficies, primaria o permanente • Compuesto a base de resina, de una a tres superficies, anterior; cuatro o más superficies, con ángulo incisal • Compuesto a base de resina, una o más superficies, posterior **Las extracciones simples pueden incluir:** • Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta • Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o sección del diente **Las extracciones quirúrgicas pueden incluir:** • Extracción de un diente impactado • Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Limitaciones/Restricciones: • Usted es responsable del 100% del costo de los servicios dentales integrales adicionales una vez que se haya alcanzado el Máximo Anual de Beneficios Dentales de $2500. • Los servicios deben ser prestados por un proveedor participante en la red de proveedores dentales del Plan. • *Se pueden aplicar normas de autorización previa.* En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en circunstancias limitadas, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de la persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes bucales antes del trasplante de un órgano. **Servicios dentales médicamente necesarios que no son de rutina, según lo cubierto por Medicare original, como los siguientes:** • Un examen bucal en el hospital antes de un trasplante de riñón • Un examen bucal en una clínica rural o en un Centro médico calificado a nivel federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) antes de un reemplazo de válvula cardíaca • Servicios dentales necesarios para el tratamiento de radiación para ciertas enfermedades de la mandíbula (p. ej., cáncer oral) • Reconstrucción de la cresta (reconstrucción de una parte de la mandíbula) realizada cuando se elimina un tumor facial • Cirugía para tratar fracturas de la mandíbula o la cara • Férulas dentales y aparatología necesarias después de una cirugía mandibular	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección se debe hacer en un entorno de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento y referidos.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de detección de la depresión.
Pruebas de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluso las pruebas de glucosa en plasma en ayuno) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar (glucosa) en sangre. Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta 2 exámenes médicos de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de la última prueba de detección de diabetes.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Servicios y suministros para capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (tanto los que utilizan insulina como los que no la utilizan). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen un caso grave de la enfermedad del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida cada año calendario (incluso los accesorios que se proporcionan con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (adicionales	$0 de copago por monitores de diabetes cubiertos por Medicare. $0 de copago por suministros de monitorear diabetes cubiertos por Medicare. $0 de copago por zapatos o plantillas terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios de capacitación para el

Servicio cubierto	Lo que usted paga
a las plantillas extraíbles estándar que se proporcionan con dichos zapatos), incluyendo el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones. El (servicio preventivo) se aplica solamente a la capacitación para el autocontrol de la diabetes. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.* *Ciertos servicios y suministros para diabéticos se limitan a los de fabricantes especificados. Cubrimos los glucómetros y las tiras reactivas de la marca Accu-Check y Countour por medio de la farmacia minorista y de pedido por correo con receta. Cubrimos otras marcas de monitores de glucosa y tiras reactivas (incluyendo productos genéricos) mediante los proveedores de DME dentro de la red del plan. Consulte la lista completa en nuestro sitio web o llame a Servicios para miembros. La información de contacto está en la contraportada de este cuadernillo.* *Los monitores continuos de glucosa y otros suministros están disponibles solo a través de los proveedores de DME dentro de la red del plan. En general, no se cubren productos de marcas alternativas, a menos que su médico nos diga que usar esa marca es médicamente necesario es su situación específica. Usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes para que paguemos esos productos alternativos o cantidades mayores de las que permite Medicare.*	autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados (Para la definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME necesario médicamente cubierto por Medicare original. Si nuestro proveedor en su área no utiliza una marca o fabricante específico, puede pedirle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente también está en nuestro sitio web en www.chooseultimate.com. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por equipo médico duradero cubierto por Medicare. Los costos compartidos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare son $0 de copago *cada* mes. Su costo compartido no cambiará después de que haya estado inscrito durante 36 meses.
ECG después de la visita de "Bienvenido a Medicare" Medicare cubre un ECG de rutina si tiene una orden de su médico u otro proveedor de atención médica durante su visita preventiva única de "Bienvenido a Medicare".	$0 de copago por un ECG después de la visita de "Bienvenido a Medicare".
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.	$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia (continuación) Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente que tiene un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, si está embarazada, la pérdida del bebé no nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. Los costos compartidos por servicios necesarios de emergencia que recibe fuera de la red son los mismos que los que pagaría si recibe esos servicios dentro de la red. **Atención de emergencia está cubierta en todo el mundo** El plan cubre la atención de emergencia complementaria en todo el mundo. Existe una cantidad máxima de cobertura de beneficios del plan de **$50,000** para servicios de emergencia de los EE. UU. y sus territorios.	$100 de copago por cada servicio de emergencias en el extranjero cubierto por nuestro beneficio complementario. Debe pagar esta cantidad si lo hospitalizan fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado de paciente hospitalizado después de que se ha estabilizado su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención *O* debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención y usted pagara el costo son los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Programa de aptitud física SilverSneakers® es un programa integral que mejora el bienestar general, la fuerza y la actividad. Diseñado para todos los niveles y habilidades, SilverSneakers® ofrece acceso a más de 15,000 ubicaciones de fitness, clases dirigidas por instructores certificados, ejercicios en casa y educación en línea. Las clases y comodidades varían y usted puede participar en cualquiera de las actividades o ubicaciones en cualquier momento. **Restricciones o limitaciones:** • No hay límite para la cantidad de membresías para el gimnasio. • Se debe completar la documentación necesaria del centro para acceder al gimnasio. • Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicios. Para obtener su número de identificación de miembro de SilverSneakers®, visite SilverSneakers.com/Eligibility o llame al (888) 423-4632 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.	$0 de copago por el programa de aptitud física cubierto.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Asignación flexible – dental, vista y audición La Asignación flexible puede utilizarse para pagar gastos dentales, de visión y auditivos elegibles fuera de bolsillo. Su asignación se cargará en su Tarjeta de Beneficios (Ultimate Benefits Card), una tarjeta para beneficios prepagada Mastercard®. Puede usar su asignación para servicios y suministros dentales, de visión y auditivos elegibles obtenidos de proveedores aprobados o comerciantes que acepten la tarjeta. Se aplican las siguientes limitaciones y restricciones: • La asignación solo puede usarse para gastos dentales, de visión y auditivos elegibles. • La asignación no puede usarse para servicios no cubiertos o estéticos. • La asignación no puede intercambiarse por efectivo ni canjearse por su valor en efectivo. • La asignación solo puede usarse para los gastos elegibles del miembro inscrito. • Los montos de asignación no utilizados no se transfieren al próximo año de beneficios. Cualquier asignación restante se perderá al final del año de beneficios o al darse de baja del plan, lo que ocurra primero.	Recibirá una asignación anual de $500 para gastos dentales, de visión y auditivos
Programas de educación para la salud y el bienestar Los servicios incluyen lo siguiente: **Educación para la salud** El programa de educación para la salud está diseñado para ayudar a sus miembros a que desarrollen conocimientos y competencias de cuidado personal, y para fomentar la motivación y la confianza necesarias para usar esas competencias con el objetivo de mejorar y mantener la salud. Los servicios de educación los prestan educadores médicos	$0 de copago para los programas de educación de la salud y el bienestar.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
certificados u otros profesionales autorizados, e incluyen acceso a información sobre procesos de enfermedades específicas, tratamientos y terapias con medicamentos, signos y síntomas a los que se debe estar atento, estrategias y técnicas de cuidado personal, restricciones en la alimentación y orientación nutricional mediante material escrito y sesiones individuales e interactivas de asesoría por teléfono. Hay un programa de educación para la salud que se ofrece a todos los miembros en los que se identifica la necesidad de educación sobre una enfermedad o una condición específicas, mediante una evaluación de riesgos de salud, o un referido generado por el propio paciente o por un médico.	
Asignación para alimentos saludables y servicios públicos Una asignación mensual combinada se carga en su Tarjeta de Beneficios Ultimate, una Tarjeta Prepagada Benefits Mastercard®, y puede ser utilizada en minoristas dentro de la red para los siguientes elegibles: • Alimentos saludables, como frutas, verduras, pan, arroz y otros productos alimenticios aprobados • Facturas de servicios públicos, incluyendo electricidad, gas y agua **Limitaciones/Restricciones:** • Debe cumplir con las condiciones de inscrito con enfermedad crónica para recibir este beneficio. Por favor, consulte la Sección 2 de este capítulo. • Fondos disponible comienza una vez que su condición crónica ha sido verificada y se cargará en su tarjeta de beneficios. • No puede ser utilizada para la compra de tabaco, alcohol u otros artículos no elegibles. • Los dólares de beneficio no utilizados vencen al final de cada mes o al darse de baja.	Recibirá una asignación de $200 cada mes para uso hacia alimentos saludables y servicios públicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para la audición **Servicios de audición cubiertos por Medicare** Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de paciente ambulatorio cuando se las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Estos servicios se proporcionan a través de la red de proveedores médicos del Plan. **Servicios auditivos complementarios** **Los siguientes servicios están cubiertos cuando son proporcionados por un proveedor auditivo participante:** • 1 examen de audición de rutina • 1 adaptación o evaluación de audífonos • 3 citas de seguimiento después de la compra de los audífonos • Hasta 2 audífonos cada año, con límite de beneficios anual de $2,000 ($1,000 por audífono) **Beneficios adicionales para audífonos:** • Garantía de devolución de dinero en 60 días • Garantía del fabricante de 3 años • 60 baterías por año, por unidad (suministro para 3 años) **Restricciones o limitaciones:** Los accesorios no están cubiertos. El beneficio para audífonos no puede utilizarse para la compra de accesorios.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. $0 de copago para examen auditivo de rutina suplementario, adaptación y evaluación de audífono.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen médico para detectar el VIH Para las personas que piden una prueba de diagnóstico de VIH o tienen mayor riesgo de padecer una infección de VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta un máximo de 3 exámenes de diagnóstico durante un embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas preventivas de detección de VIH cubiertas por Medicare.
Atención de agencia de salud domiciliaria Antes de que reciba servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que necesita los servicios médicos a domicilio y ordenar los servicios médicos a domicilio proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de él implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica a domicilio, de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos según el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de atención médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo e insumos médicos • *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por servicios de agencia de salud domiciliaria cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de infusión en casa La terapia de infusión en casa implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para hacer una infusión en casa incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios profesionales, incluyendo de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación al paciente que no estén cubiertas de otra manera en el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo a distancia • Los servicios de monitoreo para la prestación de la terapia de infusión en casa y los medicamentos para la infusión en casa que dé un proveedor calificado de terapia de infusión en casa *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por servicios de terapia de infusión en casa cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio Usted es elegible para obtener el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal y hayan certificado que usted tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidado de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos programas que son nuestros, que controlamos o en los cuales tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor en la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Atención de relevo de corto plazo • Atención a domicilio Cuando usted ingresa a un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si continua en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare original (en vez de nuestro plan) pagará a sus proveedores de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio enviará a Medicare original las facturas de los servicios por los que paga Medicare original. Se le cobrarán los costos compartidos de Medicare original.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare original, no Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). No hay ningún coseguro, copago ni deducible por una sola visita de consulta antes de seleccionar el hospicio.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio (continuación) **Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:** si necesita servicios que no son necesarios con urgencia ni de emergencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de nuestra red del plan y sigue las normas del plan (como si hubiera un requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor en la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, paga solo la cantidad de costos compartidos de nuestro plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos según Medicare original **Para los servicios cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos según la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga su cantidad de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal en el hospicio, usted pagará los costos compartidos de Medicare original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio (continuación) **Nota:** Si necesita atención que no es de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe o influenza, una cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene alguna otra condición que lo coloque en un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de apoyo a domicilio Los servicios de asistencia incluyen lo siguiente: • Servicios de compañía, como para jugar juegos de mesa, videojuegos, juegos de cartas y juegos en línea; mirar la televisión y películas; hacer álbumes de recortes; ayudar con la tecnología; y asistir con los dispositivos electrónicos • Limpieza ligera en la cocina o en la sala de estar principal, como limpiar encimeras, tareas ligeras como quitar el polvo, barrer un poco y lavar algo de ropa • Asistencia con mascotas, como ponerles agua y comida en sus recipientes • Actividades de la vida cotidiana, como recordatorio de medicamentos, asistencia para surtir los medicamentos para la semana, solicitar resurtidos de medicamentos con receta, preparación de comidas ligeras, asistencia con las listas de compras, ayuda para pedir comestibles y artículos de venta libre (OTC) en línea **Limitaciones / Restricciones:** Los servicios deben ser prestados por un proveedor participante. Por favor llame al 855-329-4858 (TTY 711) para programar una cita. Los acompañantes no pueden salir de casa por usted ni con usted.	$0 de copago por hasta **30 horas** por año de servicios de apoyo a domicilio

Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye hospitales de agudos para pacientes internos, hospitales de rehabilitación para pacientes internos, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internos. La atención hospitalaria para pacientes internos comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta es su último día como paciente interno. Está cubierto por 90 días por período de beneficios para estancias hospitalarias cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de atención especial (tal como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicinas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas • Costos de las salas de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados • En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, haremos arreglos para que su caso sea examinado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (al igual que para otros hemoderivados) empieza solo con la primera pinta de sangre que necesite • Servicios de médicos	Para estancias en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga: $0 de copago por día para los días 1 a 90. $0 de copago por día de reserva en toda la vida. Si recibe atención como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su emergencia,

Nota: Para que se le considere un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para ingresarlo al hospital formalmente como paciente hospitalizado. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente interno o ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. • Busque más información en la hoja informativa de Medicare llamada *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. **Limitaciones o restricciones:** • Nuestro plan cubre 90 días por cada período de beneficios. Un período de beneficios empieza el día en que ingresa a un hospital cubierto por Medicare (incluyendo hospital psiquiátrico, hospital de cuidados agudos a largo plazo y hospital de rehabilitación) o recibe cuidados especializados en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). El período de beneficios termina cuando no ha recibido servicios hospitalarios como paciente interno (o cuidados especializados en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir múltiples ingresos. • El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su estancia hospitalaria supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Los 60 días de reserva de por vida pueden utilizarse sólo una vez durante la vida del beneficiario para la atención proporcionada en un hospital de cuidados agudos o en un hospital psiquiátrico. • Excepto en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser internado en el hospital. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	su costo son los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. **Limitaciones o restricciones:** • El plan cubre 90 días por cada período de beneficios. Un período de beneficios empieza el día en que ingresa a un hospital cubierto por Medicare (incluyendo hospital psiquiátrico, hospital de cuidados agudos a largo plazo y hospital de rehabilitación) o recibe cuidados especializados en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). El período de beneficios termina cuando no ha recibido servicios hospitalarios como paciente interno (o cuidados especializados en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir múltiples ingresos. • El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su estancia hospitalaria supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Los 60 días de reserva de por vida pueden utilizarse sólo una vez durante la vida del beneficiario para la atención proporcionada en un hospital de cuidados agudos o en un hospital psiquiátrico. • Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para la limitación de 190 días de por vida solo si se cumplen ciertas condiciones. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Excepto en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que va a ser internado en el hospital. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	Para las estancias de atención de salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: $0 de copago para los días 1 a 90 $0 de copago por días de reserva en toda la vida.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estancia como paciente hospitalizado: servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado Si ya agotó sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y aparatos ortopédicos (aparte de los dentales) que remplazan la totalidad o una parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o la totalidad o una parte de la función de un órgano corporal interno que ya no funciona o que funciona mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos • Cabestrillos, collarines, corsés lumbares y aparatos para las piernas; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales y los ajustes, reparaciones y reemplazos relacionados necesarios por motivo de rompimiento, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	**Servicios de médicos** Consulte la fila *Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico*. **Servicios de diagnóstico y radiológicos, vendajes quirúrgicos y férulas** Consulte la fila *Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*. **Suministros protésicos, de ortótica y médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios** Consulte la fila *Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados*. **Servicios físicos, del habla y de terapia ocupacional** Consulte la fila *Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (del riñón) (pero no diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo refiere su médico. Cubrimos 3 horas de orientación individual durante el primer año que recibe servicios de terapia médica de nutrición según Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare original), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con un referido de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar el referido todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para personas elegibles según todos los planes médicos de Medicare.** MDPP es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que da capacitación práctica en un cambio de dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y el estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que, generalmente, no se autoadministra el paciente y se inyectan o se dan por infusión mientras se reciben servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria.	Para ciertos medicamentos de la Parte B, es posible que se le requiera probar primero un medicamento diferente. $0 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare. Los costos compartidos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico, lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite estudios y pruebas adicionales antes del tratamiento, o durante este, que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué estudios y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se inyectan si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para osteoporosis si usted está confinado en su casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estaba relacionada con una osteoporosis posterior a la menopausia y no se puede administrar usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	para un suministro de un mes están limitados a $35. No se aplican deducibles por categoría de servicio ni a nivel del plan. $0 de copago por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. $0 de copago por otros medicamentos de la Parte B de Medicare. El copago del especialista correspondiente se aplicará cuando se proporcione durante una visita en el consultorio del médico/especialista.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, durante ese tiempo o en ese rango horario, o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y fijadores de fosfato conforme al sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos a la Terapia por Etapas: https://chooseultimate.com/Home/PrescriptionDrugs También cubrimos algunas vacunas según la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de su plan se explica en el Capítulo 6. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Línea directa de enfermería: las 24 horas del día, los 7 días de la semana Los miembros pueden llamar a la línea directa para hablar con un enfermero certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener información médica, orientación y apoyo relacionado con una preocupación de salud inmediata o preguntas sobre una condición médica específica, sin costo extra. Los miembros pueden comunicarse con la línea directa de enfermería al 1-855-238-4687. Los usuarios de TTY deben marcar 711. Las llamadas a estos números son gratis.	No hay coseguro, copago ni deducible para línea directa de enfermería, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen médico y tratamiento de obesidad para promover una pérdida sostenida de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Esta asesoría está cubierta si la recibe en un entorno de atención primaria, en donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener mayor información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de obesidad y la terapia preventiva.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opiáceos Los miembros del plan con trastorno por consumo de opiáceos (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opiáceos (OTP) que incluya los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) • Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Consejería por el trastorno por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por servicios de tratamiento de opiáceos cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos) que incluye suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillado, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir las fracturas y dislocaciones	**Radiografías ambulatorias** $0 de copago por servicios cubiertos por Medicare **Servicios de radiología terapéutica** $0 de copago por servicios de radiología terapéutica

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Exámenes de laboratorio • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (al igual que para otros hemoderivados) empieza solo con la primera pinta de sangre que necesite • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio como CT, MRI, ECG y PET si su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	cubiertos por Medicare **Suministros médicos** $0 de copago por suministros cubiertos por Medicare **Servicios de laboratorio** $25 de copago por pruebas genéticas cubiertas por Medicare $25 de copago por todas las demás pruebas de laboratorio cubiertas por Medicare in un hospital ambulatorio $0 de copago para todos los demás laboratorios de diagnóstico en un centro/consultorio independiente cubierto por Medicare **Servicios de sangre** $0 de copago por servicios cubiertos por Medicare. **Pruebas y procedimientos diagnósticos** $0 de copago para los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios radiológicos diagnósticos** $0 de copago para los servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación en el hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que cubramos los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por leyes estatales o estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o para ordenar exámenes para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. Busque más información en la hoja informativa de Medicare llamada *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:	**Servicios de emergencias** Consulte la fila *Atención de emergencia.* **Cirugía ambulatoria** Consulte las filas *Cirugía de paciente ambulatorio,*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios en un departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorio, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de laboratorio y laboratorio facturados por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado sería necesario sin ello • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos tales como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	*incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria* y *Observación en el hospital para pacientes ambulatorios*. **Pruebas de diagnóstico y de laboratorio, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos** Consulte la fila *Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*. **Atención de salud mental y hospitalización parcial** Consulte las filas *Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* y *Servicios de hospitalización parcial e servicios intensivos para pacientes ambulatorios*. **Medicamentos y productos biológicos que no se puede dar a sí mismo** Consulte la fila de *Medicamentos de la Parte B de Medicare*.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el Estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales vigentes.	$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación de paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos de paciente ambulatorio, tales como departamentos ambulatorios de hospital, oficinas de terapeutas independientes y Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF). *Los servicios que se presten en un centro hospitalario ambulatorio están sujetos al copago por servicios de hospital para pacientes ambulatorios.* *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. $0 de copago por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios La cobertura incluye los servicios de tratamiento que se brindan en el departamento ambulatorio de un hospital a pacientes que, por ejemplo, se les dio de alta de una internación para el tratamiento del abuso de sustancias o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad e intensidad de los servicios que se prestan solo en el entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas generalmente aplicables a la cobertura de servicios de hospital para pacientes ambulatorios.	$0 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugía de paciente ambulatorio, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si le harán una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si el procedimiento se hará como paciente ambulatorio u hospitalizado. A menos que su proveedor ordene por escrito que lo admitan en el hospital como paciente hospitalizado, será considerado paciente ambulatorio y pagará las cantidades de los costos compartidos correspondientes a cirugía ambulatoria. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	Usted paga $0 de copago por servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga $0 de copago por servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio.
Beneficios de artículos de venta libre (OTC) Su asignación mensual se carga en su Tarjeta de Beneficios de Ultimate, una Tarjeta Prepagada Mastercard® de Beneficios, para pagar artículos OTC elegibles. **Limitaciones o restricciones:** • El beneficio solo puede usarse para comprar artículos OTC elegibles para usted. • Los fondos no utilizados no se trasladan y caducan al final de cada mes o al darse de baja. • Los artículos OTC deben comprarse a través del proveedor contratado del Plan o en un minorista dentro de la red.	Recibirá una asignación mensual de $185 para artículos de venta libre elegibles.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial e intensivos para pacientes ambulatorios *Hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consultorio de un consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización del paciente. El *servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) brindado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica médica rural, que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consultorio de un consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización del paciente. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica que sean médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibro hechos por su PCP, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento médico	$0 de copago por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare. $0 de copago por cada visita a un especialista cubierto por Medicare. Por cada visita cubierta por Medicare a otros profesionales de la salud (como enfermeros de práctica avanzada y asistentes médicos), usted paga $0 de copago.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores de asistencia médica, incluyendo las visitas en el consultorio del médico (continuación) • Algunos servicios de telesalud que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal terminal para los miembros que reciben diálisis en casa en un centro de diálisis renal en un hospital o centro de diálisis renal en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en la casa del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame cerebral, sin importar su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, sin importar su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por Clínicas Rurales de Salud y Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC) • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o video llamada) con su médico de 5 a 10 minutos **si:** o No es un paciente nuevo **y** o La consulta no está relacionada con una visita de oficina en los últimos 7 días **y** o La consulta no conduce a una visita de oficina dentro de 24 horas o la próxima cita disponible • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de 24 horas **si**: o No es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita de oficina en los últimos 7 días **y**	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible más próxima • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o expediente médico electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado de rutina para los pies para los miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores *Se puede requerir autorización previa y/o un referido.*	$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de podología cubiertos por Medicare.
Beneficio de comida después del alta Inmediatamente después del alta hospitalaria a domicilio, reciba un máximo de 14 comidas durante un período de 1 semana. Este beneficio no tiene un máximo anual. Para solicitar las comidas, por favor llame a Servicios para Miembros al (888) 657-4170.	$0 de copago por beneficio de comidas.
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un riesgo alto de contraer VIH, cubrimos un medicamento de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamento de PrEP inyectable u oral aprobado por la FDA, incluyendo la tarifa para inyectar el medicamento, si aplica. • Hasta 8 sesiones de orientación individual (que incluyen evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y seguimiento de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses. • Un examen único de detección del virus de la hepatitis B.	
Examen médico para detectar el cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA. $0 de copago por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de este tipo de dispositivos. También incluye algo de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. • Consulte *Atención para la vista* más adelante en esta tabla para obtener más información. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare. $0 de copago por suministros médicos relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen un referido del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada visita en la que reciba servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol Cubrimos un examen de uso inapropiado de alcohol para los adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que usan el alcohol de manera inapropiada, pero no dependen del alcohol. Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoría en persona por año (si usted es competente y está alerta durante la asesoría) que da un médico de atención primaria o profesional en un entorno de atención primaria. *Autorización previa puede ser requerida.*	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y orientación para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica la solicita o si cumple algunas de las siguientes condiciones: • Tiene un riesgo alto porque consume o ha consumido drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que tenga un riesgo alto, cubrimos una prueba. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, siguió inyectándose drogas ilícitas después de su última prueba de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos pruebas anuales. *Autorización previa puede ser requerida.*	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen médico de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) En el caso de las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan señales ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen historia de consumo de tabaco por al menos 20 años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden de una LDCT durante una visita de orientación sobre el examen médico de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas que cumpla los criterios de Medicare respecto de dichas visitas y la dé un médico o profesional no médico calificado. *Para los exámenes médicos de cáncer de pulmón con LDCT después de la evaluación con LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden para el examen médico de cáncer de pulmón con LDCT, que se les puede dar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado deciden dar una visita de asesoramiento sobre el examen médico de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para los siguientes exámenes médicos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas. *Autorización previa puede ser requerida.*	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT cubiertas por Medicare.
Pruebas médicas para infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenir las ITS Cubrimos exámenes de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de padecer una ITS cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen cubierto por Medicare para ITS y la asesoría para el beneficio preventivo de ITS.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales, de 20 a 30 minutos, de asesoría conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las da un proveedor de atención primaria y tienen lugar en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico. *Se puede requerir autorización previa.*	
Servicios para tratar la enfermedad renal Servicios de enfermedades renales y diálisis incluyen: • Servicios de educación de enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que tienen enfermedad renal crónica etapa IV cuando son referidos por sus médicos, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación de enfermedades renales de forma vitalicia • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o esté inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo admiten como un paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis en casa • Ciertos servicios de apoyo en casa (tales como, cuando es necesario, visitas por parte de trabajadores de diálisis capacitados para revisar la diálisis en casa, para ayudar en	\$0 de copago por los servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. \$0 de copago por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
emergencias y para revisar el equipo de diálisis y suministro de agua) Hay determinados medicamentos para la diálisis que están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", vaya al Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada a veces se los llama "SNF"). Está cubierto durante 100 días por período de beneficio para estancias en SNF cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que se encuentran en forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre: incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (al igual que para otros hemoderivados) empieza solo con la primera pinta de sangre que necesite • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Exámenes de laboratorio que generalmente dan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF	No se requiere estancia en el hospital como paciente hospitalizado antes del ingreso. Para estancias en SNF cubiertas por Medicare, usted paga: $0 de copago por día para los días 1 a 100

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF • Servicios de médicos/profesionales Generalmente, usted recibe cuidados en un SNF de instalaciones de la red. Bajo ciertas condiciones listadas a continuación, usted podría poder pagar el copago dentro de la red por una instalación que no sea un proveedor de la red, si la instalación acepta los montos de pago del plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca cuidados en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo al momento de su alta hospitalaria *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Eliminación del uso del tabaco (consejos para dejar de fumar y usar tabaco) La orientación sobre la eliminación del uso del tabaco está cubierta para pacientes internos y ambulatorios que cumplen con estos criterios: • Usan tabaco, independientemente de que muestren signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Se muestran competentes y alertas durante la orientación • Un médico u otro profesional reconocido por Medicare y calificado proporciona la orientación Cubrimos 2 intentos de eliminación del uso de tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas; el paciente recibe hasta 8 sesiones por año). Después de alcanzar el límite de beneficios cubierto por Medicare, este plan ofrece sesiones adicionales para dejar de fumar y consumir tabaco: • Los intentos ilimitados están cubiertos sin costo adicional. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de usar tabaco cubiertos por Medicare. $0 de copago por cada sesión adicional para dejar de fumar y de consumir tabaco.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y un referido para PAD del médico responsable del tratamiento con PAD. Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas están cubiertas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que están entrenados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero de práctica avanzada(NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. La SET puede estar cubierta más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada visita de SET cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de transporte El beneficio incluye: Viajes ilimitados cada año Su plan cubre el transporte relacionado con la salud a los siguientes lugares aprobados por el plan: • Citas con el PCP/especialista • Bancos • Laboratorios y centros de diagnóstico por imágenes • Despensa de alimentos • Farmacias • Supermercado • Gimnasio/Ubicaciones de fitness • Oficina de correos • Administración de Salud para Veteranos (VA) El transporte está cubierto cuando se recibe a través del proveedor contratado por el Plan. Por favor llame al 855-306-0700 (TTY 711), con 72 horas de anticipación, para programar su viaje. Tenga la siguiente información disponible si aplica: • Fecha y hora de la cita o de llegada prevista • Dirección y número de teléfono del destino • Si visita a un proveedor, el nombre del médico o profesional **Limitaciones o restricciones:** • Las cancelaciones deben hacerse con 24 horas de antelación. • Los miembros no pueden ser trasladados a su hogar sin un acompañante después de una cita en la que recibirán una sedación.	$0 de copago por viaje de ida para servicios de transporte.
Servicios necesarios con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio necesario con urgencia si se encuentra temporalmente fuera	$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
del área de servicio de nuestro plan o, aun si está dentro del área de servicio de nuestro plan, si no es razonable debido a la hora, el lugar y las circunstancias que obtenga este servicio de proveedores en la red. El plan debe cubrir servicios necesarios con urgencia y cobrarle únicamente los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios necesarios con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran necesarias de manera urgente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.	
Atención para la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Los servicios de un médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluido el tratamiento para la degeneración de la mácula, relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por cada año. Las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma incluyen: las personas con un historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos mayores de 50 años e hispanos mayores de 65 años • Para personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se le hacen 2 operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar 2 anteojos después de la segunda operación	**Exámenes de la vista cubiertos por Medicare** $0 de copago por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo. Puede aplicarse un costo adicional compartido si usted recibe servicios durante el examen ocular que no estén incluidos, tales como servicios de laboratorio, pruebas de diagnóstico o tratamiento por un especialista. $0 de copago por una evaluación anual de glaucoma. $0 de copago para el examen inicial de los ojos por diabetes cada año.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención para la vista (continuación) **Con este plan, recibe un (1) examen ocular de rutina al año y la opción entre:** • **Opción de Asignación de Beneficio:** asignación anual de $300 para gafas de montura y lentes o lentes de contacto. o Las mejoras están cubiertas hasta la asignación de $300. o Los miembros son responsables de cualquier costo que exceda la asignación de $300. o Los miembros son responsables de todos los costos asociados con la adaptación de lentes de contacto. **O** • **Opción Cubierta en su Totalidad:** hasta **dos (2) pares** de gafas cada año de la selección de gafas cubiertas en su totalidad de iCare (montura y lentes estándar) sin costo, incluyendo mejoras de policarbonato con protección UV y recubrimiento anti-arañazos. **Limitaciones y Restricciones:** • Los montos que pague por servicios adicionales de gafas no se aplican a su cantidad máxima de gastos de su bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés). • La asignación de beneficios se aplica en el momento de la compra. Si la compra de gafas supera el monto anual de la asignación, usted será responsable de la diferencia. • Pueden aplicarse normas de autorización previa. • Los servicios debe prestarlos un proveedor participante en la red de proveedores de servicios para la vista del plan.	$0 de copago por cada examen de ojos de seguimiento para la diabetes. $0 de copago por gafas cubiertas por Medicare. $0 de copago por un par de anteojos y lentes o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. **Atención complementaria para la vista cubierta** $0 de copago por examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita preventiva de Bienvenido a Medicare El plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y inyecciones o vacunas) y referidos para otra atención si se necesita. Importante: Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare* solamente en los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, avise en el consultorio de su médico que quiere hacer una cita para su visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*.

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios para alergias (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios para alergias para dar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de los trastornos de hipersensibilidad que pueden manifestarse por reacciones sistémicas generalizadas y por reacciones localizadas en cualquier sistema de órganos del cuerpo. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios para alergias: • Pruebas de IgE específicas in vitro • Pruebas de la piel intracutáneas • Pruebas de la piel percutáneas • Pruebas de desafío de ingestión Inmunoterapia con alérgenos de la siguiente manera: • Hasta 156 dosis cada 366 días por beneficiario para los códigos de procedimiento 95144 y 95165 • Hasta 52 dosis cada 366 días por beneficiario para los códigos de procedimiento 95145-95149 y 95170 *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios de Centros Quirúrgicos Ambulatorios (ASC) (Beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa a los centros de cirugía ambulatoria por la atención quirúrgica programada, electiva y médicamente necesaria para los pacientes que no requieren hospitalización cuando la cirugía cumple con los siguientes requisitos: • Requiere un quirófano exclusivo. • En general, no es de urgencia ni potencialmente mortal. • Se encuentra en el tarifario del centro de cirugía ambulatoria de Medicaid. • Dura noventa minutos o menos.	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
• Requiere un tiempo de recuperación o convalecencia de cuatro horas o menos. • No exige un procedimiento invasivo importante de cavidades corporales ni involucra directamente vasos sanguíneos importantes. • Por lo general, no supone una pérdida de sangre significativa. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de anestesia (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de anestesia que incluyen la administración de anestesia general para que un beneficiario sea insensible al dolor y al estrés emocional durante procedimientos médicos. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de anestesia: • Procedimientos quirúrgicos • Procedimientos médicos • Procedimientos obstétricos • Procedimientos dentales *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de atención de asistencia (beneficio de Medicaid) Los servicios de atención de asistencia (Assistive Care Services, ACS) de Medicaid de Florida prestan un conjunto integrado de servicios que permite que los beneficiarios logren realizar tareas que normalmente podrían hacer por ellos mismos si no tuvieran una afección o discapacidad. El objetivo de prestar estos servicios es evitar que los beneficiarios, con deterioros funcionales o cognitivos, deban ser institucionalizados en un hospital, un centro de enfermería o un centro de atención intermedia. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de atención de asistencia: • Asistencia con las actividades cotidianas • Asistencia con las actividades instrumentales cotidianas • Asistencia con la autoadministración de medicamentos Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de análisis conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid de Florida cubre los siguientes servicios de análisis conductual de acuerdo con su tarifario correspondiente o según lo especificado en esta póliza. Todos los servicios deben prestarse conforme a los estándares actuales de la práctica, según lo publicado por el Consejo de Proveedores de Servicios para Autismo (Council of Autism Service Providers), a menos que Medicaid de Florida indique algo distinto. • Evaluación conductual y plan conductual • Intervenciones de salud conductual • Supervisión • Alta • Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios de evaluación de salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de evaluación de salud conductual médicamente necesarios: • Evaluación biopsicosocial • Examen breve del estado de salud conductual • Evaluación en profundidad • Evaluación funcional limitada • Evaluación psiquiátrica • Revisión psiquiátrica de registros • Pruebas psicológicas • Desarrollo del plan de tratamiento • Revisión del plan de tratamiento *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de apoyo comunitario de salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios comunitarios de salud conductual, incluidos los servicios de salud mental y por consumo de sustancias para lograr la reducción máxima del trastorno de salud mental o por consumo de sustancias del beneficiario y la recuperación al mejor nivel funcional posible. Medicaid reembolsa por lo siguiente: • Evaluaciones • Servicios médicos y psiquiátricos • Terapias individuales, grupales y familiares • Servicios de rehabilitación *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios de intervención de salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de intervención de salud conductual médicamente necesarios para permitir que los beneficiarios funcionen con éxito en la comunidad en el entorno menos restrictivo y para recuperar o mejorar la capacidad de los servicios personales, sociales y de control prevocacional de la vida. • Servicios diurnos de salud conductual para personas de entre 2 y 5 años. • Servicios terapéuticos conductuales en el lugar para menores de 21 años. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de administración de medicamentos para la salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los siguientes servicios de administración de medicamentos para la salud conductual (Behavioral Health Medication Management, BHMM) médicamente necesarios incluido el tratamiento asistido por medicamentos junto con evaluaciones psiquiátricas, asesoramiento y terapias conductuales a fin de lograr un enfoque integral de tratamiento para los trastornos de salud conductual y por consumo de sustancias. • Servicios médicos para la salud conductual • Tratamiento asistido por medicamentos • Manejo de medicamentos *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios complementarios de salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios complementarios de salud conductual, incluidos los servicios de salud mental, por consumo de sustancias y de apoyo. Los servicios complementarios de salud conductual están diseñados para cubrir las necesidades de tratamiento de salud conductual de los beneficiarios que están bajo el cuidado de agencias certificadas inscritas en Medicaid según el contrato con el Departamento de Niños y Familias, Bienestar Infantil y organizaciones de Cuidado Basado en la Comunidad. Medicaid reembolsa por lo siguiente: • Terapia individual, familiar y de grupo • Manejo de la conducta • Apoyo terapéutico	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios complementarios de salud conductual (beneficio de Medicaid) (continuación) Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de terapia de salud conductual (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios de terapia de salud conductual médicamente necesarios, incluidas la documentación, la educación y los referidos. Se cubre lo siguiente: • Psicoterapia médica individual breve • Terapia médica de grupo breve • Terapia individual y familiar • Terapia de grupo Los grupos pueden incluir participantes que no sean elegibles para Medicaid y deben tener entre 2 y 15 participantes. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios cardiovasculares (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios cardiovasculares para diagnosticar y tratar trastornos del corazón y del sistema vascular extendido.	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios cardiovasculares (beneficio de Medicaid) (continuación) Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios cardiovasculares: • Cateterización cardíaca • Cardiografía • Monitoreo cardiovascular • Cirugía cardiovascular • Servicios y procedimientos terapéuticos coronarios • Evaluaciones de dispositivos cardíacos implantables y portátiles • Procedimientos y estudios electrofisiológicos intracardiacos • Estudios fisiológicos no invasivos • Estudios de diagnóstico vascular no invasivos • Una ecocardiografía cada 30 días por beneficiario • Hasta dos ecocardiogramas transesofágicos por fecha de servicio, por beneficiario *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios quiroprácticos (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios quiroprácticos incluido el diagnóstico y el tratamiento manipulativo de desalineación de articulaciones, en particular, las de la columna vertebral que pueden provocar otros trastornos y afectar los nervios, los músculos y los órganos. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios quiroprácticos: • Una visita de paciente nuevo más 23 visitas de pacientes establecidos por año o 24 visitas de paciente establecido por año • Radiografías *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios del Departamento de Salud del Condado (CHD) (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por la atención médica básica y preventiva, los servicios de diagnóstico relacionados y los servicios dentales. Medicaid reembolsa un encuentro por día, por beneficiario por lo siguiente: • Exámenes médicos para adultos • Exámenes de control médico infantil • Exámenes de detección y tratamiento de enfermedades contagiosas (infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y VIH/SIDA) • Dental • Planificación familiar • Vacunas • Atención médica básica • Atención prenatal y obstétrica • Servicios de enfermeras registradas *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios dentales (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios dentales que presta para el estudio, la detección, la evaluación, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades, trastornos y afecciones de la cavidad bucal. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios dentales para beneficiarios menores de 21 años: • Coronas • Evaluaciones de diagnóstico • Endodoncia • Prótesis dentales completas y parciales • Cirugía bucal • Tratamiento de ortodoncia • Servicios periodontales • Servicios preventivos • Radiografías necesarias para hacer un diagnóstico • Restauraciones Medicaid reembolsa por los procedimientos dentales por emergencias agudas para aliviar el dolor o una infección, por las prótesis dentales y los procedimientos relacionados con las prótesis dentales para beneficiarios mayores de 21 años, incluido lo siguiente: • Evaluación bucal integral • Procedimientos relacionados con prótesis dentales • Prótesis dentales completas y parciales • Escisión y drenaje de un absceso • Radiografías necesarias para hacer un diagnóstico • Evaluación bucal focalizada en un problema *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de diálisis (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre los servicios de diálisis médicamente necesarios que incluyen toda la supervisión y la administración de la rutina del tratamiento de diálisis, suministros médicos descartables, equipos, exámenes de laboratorio, servicios de apoyo, medicamentos parenterales, categorías de medicamentos correspondientes (incluidos los reemplazos) y toda la capacitación y el control necesarios para los beneficiarios que reciben tratamiento de diálisis peritoneal. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por el equipo médico duradero (DME) y los suministros médicos apropiados para su uso en el hogar del beneficiario. El DME puede alquilarse, comprarse o alquilarse con opción de compra. Los siguientes son ejemplos de equipos e insumos médicos reembolsables: • Dispositivos de comunicación de aumento y de asistencia • Sillas con orinal • Equipo y suministros para diabéticos, incluidos medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas, jeringas y lancetas • Suplementos nutricionales enterales • Camas y accesorios como los de un hospital	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Equipo médico duradero (DME) y suministros médicos (beneficio de Medicaid) (continuación) • Dispositivos de asistencia para la movilidad, como bastones, muletas, andadores y sillas de ruedas • Calzado ortopédico, y dispositivos ortopédicos y protésicos • Suministros para ostomía y urológicos • Equipos e insumos respiratorios, incluidos nebulizadores y oxígeno • Bombas de succión • Sillas de ruedas *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de transporte de emergencia (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por el transporte de urgencia médicamente necesario en ambulancia terrestre o aérea. Todos los beneficiarios elegibles de Medicaid pueden recibir servicios de transporte de emergencia si su afección cumple los criterios de una emergencia. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de evaluación y administración (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de evaluación y administración para proporcionar visitas con profesionales calificados a fin de preservar la salud del beneficiario, evitar enfermedades y tratarlas. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de evaluación y administración: • Servicios de exámenes médicos para adultos • Servicios de control médico infantil • Servicios en centros de atención de custodia y servicios en centros de enfermería • Visitas en el consultorio • Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos • Una evaluación médica para adultos cada 365 días, para los beneficiarios mayores de 21 años • Servicios de medicina preventiva para beneficiarios menores de 21 años • Una visita de evaluación y administración por mes, por beneficiario • Según sea médicamente necesario para los beneficiarios menores de 21 años y beneficiarias embarazadas mayores de 21 años • Hasta dos visitas en el consultorio al mes, por especialidad, para los beneficiarios mayores de 21 años *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios en un centro médico calificado a nivel federal (FQHC) (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de atención médica básica ambulatoria y de diagnóstico relacionados para una población que no cuenta con atención médica. Medicaid reembolsa hasta tres encuentros por día, por beneficiario por lo siguiente: • Exámenes médicos para adultos • Salud conductual • Exámenes de control médico infantil • Quiropráctica • Dental • Planificación familiar • Vacunas • Atención médica básica • Atención prenatal y obstétrica • Optometría • Podología • Servicios de enfermeras registradas *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de atención gastrointestinal (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de atención gastrointestinal para brindar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con trastornos digestivos. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de atención gastrointestinal: • Servicios de cirugía digestiva, incluido lo siguiente: • Gastroenterología • Fisiología gástrica • Cirugías bariátricas restrictivas que encogen el estómago y reducen la cantidad de comida que puede contener • Cirugías bariátricas malabsortivas que reorganizan o eliminan parte del sistema digestivo limitando la cantidad de calorías y nutrientes que se pueden absorber • Cirugías bariátricas combinadas que combinan técnicas restrictivas y malabsortivas • Revisiones, reversiones o conversiones de cirugía bariátrica por complicaciones de la cirugía *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de atención genitourinaria (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de atención genitourinaria para brindar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con trastornos genitales y urinarios. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de atención genitourinaria: • Servicios de cirugía endocrina • Endocrinología • Servicios de cirugía genital femenina • Servicios de cirugía genital masculina • Servicios de cirugía urinaria *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios para la audición (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios para la audición que están diseñados para proporcionar servicios de detección, evaluación y prueba, así como dispositivos para la audición adecuados para los beneficiarios con el fin de detectar y mitigar la pérdida de la audición. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios para la audición: • Pruebas de diagnóstico audiológico • Audífonos anclados al hueso (Bone Anchored Hearing Aids, BAHA) • Implantes cocleares • Audífonos • Evaluación y reevaluación de la audición • Exámenes de la audición para recién nacidos y bebés • Reparaciones y reemplazos de dispositivos auditivos • Cuando sea médicamente necesario mediante un examen médico o para documentar el resultado del tratamiento • Para los beneficiarios que documentaron una pérdida auditiva profunda y severa en uno o ambos oídos de la siguiente manera: • Dispositivo implantado para beneficiarios mayores de cinco años • Dispositivo de no implantación (softband) para beneficiarios menores de cinco años • Para beneficiarios mayores de 12 meses que tengan una pérdida auditiva neurosensorial bilateral de profunda a grave documentada	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios para la audición (beneficio de Medicaid) (continuación) • Para beneficiarios que tengan una pérdida auditiva moderada o mayor, incluidos los siguientes servicios: o Un audífono nuevo, completo (no reacondicionado) por oído, cada tres años, por beneficiario o Hasta tres pares de moldes auditivos por año, por beneficiario o Un servicio de adaptación y dispensación por oído, cada tres años, por beneficiario o Una evaluación de la audición cada tres años para determinar las opciones de audífonos y el audífono más apropiado o Hasta dos exámenes de la audición para recién nacidos para beneficiarios menores de 12 meses. Puede realizarse un segundo examen de detección solo si el beneficiario no pasa el examen de detección de audición inicial de uno o ambos oídos o Reparaciones y reemplazo de audífonos provistos por Medicaid y por otros proveedores o Hasta dos reparaciones de audífonos cada 366 días, una vez transcurrido el período de garantía de un año o Componentes externos del audífono anclado al hueso y componentes del implante coclear, incluidas las baterías, después de que haya vencido el período de garantía del fabricante o el período de cobertura del plan de protección del seguro *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios médicos a domicilio (beneficio de Medicaid) Las visitas de atención médica a domicilio de Medicaid de Florida prestan servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio médicamente necesaria a beneficiarios cuya afección, enfermedad o lesión exige que la atención se brinde en sus hogares o en la comunidad. Medicaid reembolsa por los siguientes servicios: • Servicios de visitas a domicilio brindados por un enfermero registrado o un enfermero practicante autorizado • Visitas a domicilio brindadas por un asistente calificado de atención médica a domicilio Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Atención en el hospital para pacientes hospitalizados (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa a los hospitales autorizados participantes de Medicaid por los servicios para pacientes hospitalizados. Los servicios deben prestarse según la indicación de un médico o dentista autorizado. Los servicios de hospital para pacientes hospitalizados de Medicaid brindan servicios de diagnóstico, médicos y quirúrgicos. Los servicios de hospital para pacientes hospitalizados incluyen lo siguiente: • Alojamiento y comida en una habitación semiprivada, excepto cuando el alojamiento privado es médicamente necesario o solo hay habitaciones privadas disponibles • Medicamentos, productos biológicos, suministros, aparatos y equipos para su uso en el hospital • Servicios médicos o quirúrgicos • Servicios médicos sociales • Servicios de enfermería y otros servicios relacionados • Otros servicios de diagnóstico o terapéuticos • Uso de instalaciones de hospital Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitaciones. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios para el sistema tegumentario (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios para el sistema tegumentario a fin de brindar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con la piel y las estructuras asociadas.	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios para el sistema tegumentario (beneficio de Medicaid) (continuación) Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios para el sistema tegumentario: • Gestión activa del cuidado de heridas • Procedimientos dermatológicos • Servicios quirúrgicos tegumentarios, incluido lo siguiente: • Reparación de mamas • Ginecomastia para beneficiarios varones que haya pasado la pubertad, pero que tengan menos de 21 años y que se hayan sometido a un tratamiento conservador durante al menos tres a seis meses antes de solicitar la cirugía • Mamoplastia de reducción *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de laboratorio (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de laboratorio para brindar exámenes clínicos de líquidos, tejidos u otras sustancias corporales. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de laboratorio: • Química • Citogenética clínica • Inmunología de diagnóstico • Detección de portadores genéticos • Hematología • Histocompatibilidad • Inmunohematología • Microbiología • Patología *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de crianza temporal médica (MFC) (beneficio de Medicaid) Los servicios de crianza temporal médica (Medical Foster Care, MFC) de Medicaid de Florida brindan atención a beneficiarios con necesidades médicas complejas para permitirles que vivan en un hogar de crianza temporal. Este servicio es uno de los servicios mínimos cubiertos para todos los planes de asistencia médica administrada que prestan servicios a los beneficiarios de Medicaid. Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Administración de casos centrada en la salud mental (beneficio de Medicaid) Los servicios de administración de casos centrada en la salud mental de Medicaid brindan administración de casos para adultos con enfermedades mentales graves y para niños con trastornos emocionales graves para ayudarlos a acceder a servicios médicos, sociales, educativos y de otro tipo necesarios. Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de neurología (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de neurología para brindar diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos del sistema nervioso. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de neurología: • Prueba de función autónoma • Electrooculograma • Electrodiagnóstico, incluidos estudios de conducción nerviosa y electromiografía • Electroencefalograma para estudios del sueño y actividad convulsiva • Pruebas de potenciales evocados y de reflejos • Colocación, extracción o revisión de la bomba de terapia con baclofeno intratecal • Prueba muscular y de rango de movimiento • Pruebas musculares y guía para la quimiodenervación • Polisomnografía y estudios del sueño indicados para lo siguiente: • Hasta dos estudios de velocidad de conducción nerviosa para polineuropatía en diabetes por año por beneficiario • Colocación, extracción o revisión de un estimulador del nervio vago para la epilepsia intratable • Diagnóstico de trastornos respiratorios del sueño • Titulación de presión positiva continua en las vías respiratorias en los trastornos respiratorios del sueño del beneficiario • Documentación de la presencia de apnea obstructiva del sueño antes de las intervenciones quirúrgicas • Evaluación de los resultados del tratamiento en algunos casos con una prueba de latencia múltiple del sueño en la evaluación de la narcolepsia sospechada	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de neurología (beneficio de Medicaid) (continuación) • Evaluación de comportamientos relacionados con el sueño que son perjudiciales y en ciertas parasomnias atípicas o inusuales *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios en un centro de enfermería (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por 365 días de servicios de centro de enfermería con todo incluido por año y por beneficiario cuando ocurre lo siguiente: • Los servicios los receta un médico con licencia en el estado de Florida • El beneficiario ocupa una cama certificada por Medicaid Los servicios de un centro de enfermería incluyen lo siguiente, según corresponda: • Servicios prestados por un médico en el lugar • Planificación de la atención centrada en la persona • Servicios de actividades • Servicios dietéticos, incluidas dietas terapéuticas y suplementos dietéticos especiales usados para la alimentación oral o por sonda • Artículos para el cuidado de la piel y vestimenta • Todos los servicios de enfermería general, incluida la restaurativa • Servicios de lavandería • Insumos y equipos médicos • Medicamentos sin receta (de venta libre), biológicos y medicamentos de emergencia • Cuidado de la higiene personal	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios en un centro de enfermería (beneficio de Medicaid) (continuación) • Artículos de higiene personal, incluidos suministros para la incontinencia • Servicios de rehabilitación, incluida fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional • Habitación y alimentación • Servicios sociales Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de cirugía bucal y maxilofacial para proporcionar extracciones, tratamiento quirúrgico y complementarios de enfermedades, defectos y lesiones en los tejidos duros y blandos y las regiones bucal y maxilofacial. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de cirugía bucal y maxilofacial: • Biopsias • Injertos de hueso, tejido y cartílago • Consultas • Desbridamiento • Implantes endoóseos cuando se usan junto con cirugías de reparación • Evaluación y manejo • Escisiones • Impresiones y preparación personalizada de prótesis • Sedación moderada	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial (beneficio de Medicaid) (continuación) • Tratamiento abierto y cerrado de fracturas • Reparación y destrucción de lesiones • Reparaciones • Procedimientos de radiología • Procedimientos quirúrgicos fundamentales para la preparación de la boca para las prótesis dentales • Reparación de tejidos *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios ortopédicos (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios ortopédicos a fin de brindar procedimientos para corregir y prevenir deformidades, trastornos y lesiones del sistema esquelético y las estructuras asociadas. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios ortopédicos: • Artrodesis • Osteotomía • Aumento percutáneo y anuloplastia • Instrumentación de la columna vertebral • Cirugía del sistema musculoesquelético • Cirugía de la espalda y lateral • Cirugía de la columna vertebral • Tratamiento de fracturas o dislocaciones • Vertebroplastia *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios que son artículos o servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos y que se proporcionan según la indicación de un médico o dentista. Medicaid reembolsa a los hospitales autorizados participantes de Medicaid por los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios. Los servicios en el hospital para pacientes ambulatorios incluyen lo siguiente: • Servicios de emergencia u observación • Exámenes de laboratorio • Suministros médicos • Medicamentos y productos biológicos usados por médicos o personal hospitalario en los tratamientos • Servicios de radiología • Servicios en una clínica para pacientes ambulatorios, incluida la cirugía el mismo día y servicios de terapia *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios para el manejo del dolor (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios para el manejo del dolor a fin de brindar tratamiento para el dolor usando bloqueadores de nervios o inyecciones de esteroides.	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios para el manejo del dolor (beneficio de Medicaid) (continuación) Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios para el manejo del dolor: • Hasta 12 inyecciones en las articulaciones facetarias, con o sin esteroides, administradas con guía fluoroscópica para el tratamiento de dolor agudo y crónico en el cuello y en la zona lumbar durante un período de seis meses por beneficiario para lo siguiente: • Hasta cuatro neurólisis percutánea por radiofrecuencia para aliviar el dolor a largo plazo en un período de cuatro meses por beneficiario cuando se cumple todo lo siguiente: • Neuroplastia • Ensayo diagnóstico para determinar el origen del dolor • Inyección terapéutica cuando el tratamiento conservador (medicación oral, reposo y actividad limitada o fisioterapia) no funcionó • El dolor lumbar o de cuello indica que se origina de las articulaciones facetarias, según se documenta en la historia clínica del beneficiario, las evaluaciones físicas y radiográficas • El dolor no respondió al tratamiento conservador (medicamentos antiinflamatorios no esteroideos orales, reposo y actividad limitada o fisioterapia) como se documenta en la historia clínica • Bloqueo temporal diagnóstico e inyecciones con anestesia local en el nervio facetario (bloqueo de rama medial) con guía fluoroscópica en las articulaciones facetarias que produjo una reducción del dolor de al menos un cincuenta por ciento	

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios para el manejo del dolor (beneficio de Medicaid) (continuación) • Transcurrió un mínimo de seis meses desde el tratamiento previo de neurólisis percutánea por radiofrecuencia *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de cuidado personal (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre hasta 24 horas de servicios de cuidado personal por día por beneficiario para brindar asistencia con las actividades cotidianas (Activities of Daily Living, ADL) y asistencia con las actividades instrumentales cotidianas (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) cuando el beneficiario cumple con los siguientes criterios médicamente necesarios: • Tiene una afección o discapacidad que limita significativamente su capacidad para realizar las ADL o las IADL y no tiene un padre, una madre ni tutor legal que pueda brindar la atención requerida • Está bajo el cuidado de un médico y tiene una orden médica emitida por este que indica los servicios de cuidado personal • Requiere una atención más extensa y continua que la que se puede dar mediante una visita médica domiciliaria • Requiere servicios que se pueden brindar de manera segura en su domicilio o en la comunidad *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de podología (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de podología para brindar el diagnóstico y el tratamiento de dolencias de pies, tobillos o las extremidades inferiores. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de podología: • Hasta 24 visitas de evaluación y administración por beneficiario, por año calendario • Procedimientos quirúrgicos para trastornos de pies, tobillos y extremidades inferiores • Cuidado de pies y uñas • Procedimientos radiológicos específicos de pies, tobillos y extremidades inferiores *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios de medicamentos con receta (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa a los proveedores de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios: • La mayoría de los medicamentos con receta usados en entornos ambulatorios y los medicamentos inyectables administrados en el consultorio de un médico (algunos están incluidos en la lista de medicamentos preferidos y otros se brindan a través de un proceso de autorización previa). • Algunos medicamentos de venta libre con receta válida. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de enfermería de asistencia particular (beneficio de Medicaid) Medicaid cubre hasta 24 horas de servicios de enfermería de asistencia particular (Private-Duty Nursing, PDN) por día, por beneficiario cuando este cumple la totalidad de los siguientes criterios: • Está bajo el cuidado de un médico y tiene una orden médica para los servicios de PDN • Requiere una atención más extensa y continua que la que se puede dar mediante una visita médica domiciliaria • Requiere servicios que se pueden brindar de manera segura en su domicilio o en la comunidad *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios de radiología y medicina nuclear (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de radiología y medicina nuclear para brindar servicios de radiología de diagnóstico, ultrasonido de diagnóstico, terapia de radiación y medicina nuclear. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de radiología y medicina nuclear: • Estudios de huesos y articulaciones • Radiología de diagnóstico (imagenología) • Mamografía (mama) • Medicina nuclear • Radiografía portátil • Oncología de radiación • Radiofármacos *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de reproducción (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de reproducción para brindar procedimientos de diagnóstico y terapéuticos relacionados con el sistema reproductivo, incluidos los servicios de obstetricia y planificación familiar. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de reproducción: • Una visita prenatal que incluye una evaluación de riesgo prenatal de Healthy Start • Hasta diez visitas por beneficiaria para atención prenatal • Pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual según el artículo 384.31 de los Estatutos de Florida (Florida Statutes) y la Norma 64D-3.042 del Código Administrativo de Florida (Florida Administrative Code) • Evaluación de uso de tabaco, consejería y tratamiento para dejar de fumar • Suministros, medicamentos y tratamientos • Un parto cada 280 días por beneficiaria • Reparación durante el embarazo o después de este • Un servicio de recuperación por parto domiciliario • Una evaluación de recién nacido por beneficiaria • Hasta dos visitas posparto en un plazo de 90 días después del parto por beneficiaria • Hasta cuatro visitas prenatales adicionales por beneficiaria que tenga un embarazo de alto riesgo • Una consulta de neonatología por referido de especialidad por beneficiaria • Escisión quirúrgica durante el embarazo • Servicios invasivos fetales	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de reproducción (beneficio de Medicaid) (continuación) • Terapia fetoscópica con láser para el tratamiento del síndrome de transfusión de gemelo a gemelo que hagan proveedores con una subespecialidad en medicina materna y fetal • Inducción del trabajo de parto • Cesárea • Visitas de planificación familiar • Visitas de asesoramiento • Una visita de suministros por mes, por beneficiaria • Visitas de asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana • Exámenes de laboratorio • Tratamiento y seguimiento de enfermedades de transmisión sexual • Essure® (procedimiento quirúrgico sin incisión) • Ligadura de trompas • Vasectomía • Una visita de paciente nueva por beneficiaria • Una visita de paciente establecida cada 365 días, por beneficiaria • Hasta dos visitas preventivas de por vida, por beneficiaria • Hasta cuatro visitas por año por beneficiaria con riesgo conductual reconocido *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios respiratorios (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de evaluación, de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos para trastornos del sistema respiratorio. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios respiratorios: • Servicios de cirugía respiratoria • Pruebas de diagnóstico y terapias pulmonares • Gestión del respirador • Revisión e interpretación del médico del control domiciliario de apneas para beneficiarios menores de dos años que cumplen al menos uno de los siguientes criterios: • Hermano biológico de una víctima del síndrome de muerte súbita infantil • Peso al nacer de 1,500 gramos (3.3 libras) o menos • Diagnóstico de apnea clínicamente significativa con cese de respiración durante 20 segundos o más, o ausencia de respiración durante cualquier período acompañada de una disminución del ritmo cardíaco (bradicardia) *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios en una clínica médica rural (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de atención médica básica ambulatoria y de diagnóstico relacionados para una población que no cuenta con atención médica suficiente en una zona geográfica rural.	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios en una clínica médica rural (beneficio de Medicaid) (continuación) Medicaid reembolsa un encuentro por día, por beneficiario por lo siguiente: • Exámenes médicos para adultos • Salud conductual • Exámenes de control médico infantil • Quiropráctica • Planificación familiar • Vacunas • Atención médica primaria y obstétrica • Optometría • Podología • Servicios de enfermeras registradas *Se pueden aplicar normas de autorización previa**.***	
Servicios terapéuticos especializados (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de crianza temporal terapéuticos especializados para permitir que un beneficiario logre la resolución de problemas emocionales, conductuales y psiquiátricos, y trabaje para alcanzarla, en un entorno hogareño muy solidario, individualizado y flexible. Los servicios de cuidados de crianza temporal terapéuticos especializados de Medicaid son servicios de tratamiento intensivo que se dan a los beneficiarios menores de 21 años con problemas emocionales que viven en un hogar de crianza temporal autorizado del estado. Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de atención terapéutica grupal (beneficio de Medicaid) Medicaid de Florida cubre hasta 365/6 días de servicios de tratamiento de atención terapéutica grupal (Therapeutic Group Care, TGC) por año, por beneficiario. Los proveedores deben brindar la atención y los servicios requeridos para que un beneficiario logre o recupere el bienestar físico, mental y psicológico más alto posible de acuerdo con la Norma del capítulo 65E-9 del Código Administrativo de Florida (Florida Administrative Code, FAC), según lo siguiente: • Servicios posteriores a la atención y de seguimiento • Servicios de análisis conductual de Medicaid de Florida según la Póliza de cobertura de servicios de atención terapéutica grupal del 3 de julio de 2017 • Coordinación con el médico de atención primaria del beneficiario • Servicios educativos de acuerdo con la Norma 6A-6.0361 del FAC • Servicios de terapia familiar • Plan de tratamiento individualizado que se desarrolla en un plazo de 14 días después de la admisión • Servicios de terapia individual y de grupo • Evaluaciones y controles psiquiátricos, psicológicos, por consumo de sustancias y biopsicológicos • Servicios recreativos • Servicios de rehabilitación • Asignación terapéutica a domicilio • Servicios vocacionales (para beneficiarios mayores de 16 años) Las asignaciones terapéuticas a domicilio requieren intervención clínica diaria con la familia y con el médico, el	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
terapeuta principal, el analista conductual autorizado u otro profesional con licencia del beneficiario. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de Terapia (Terapia Ocupacional, Física, Respiratoria y Patología del Habla y Lenguaje) (Beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa los servicios de terapia ocupacional que incluyen: • Aplicación de yesos y vendajes • Evaluaciones • Tratamiento Medicaid reembolsa los servicios de terapia física que incluyen: • Aplicación de yesos y vendajes • Evaluaciones • Tratamientos Medicaid reembolsa los servicios de terapia respiratoria que incluyen: • Evaluaciones • Tratamientos Medicaid reembolsa los servicios de patología del habla y lenguaje que incluyen: • Evaluaciones • Tratamiento *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de trasplante (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de trasplante para reemplazar médula ósea u órganos sólidos vitales que ya no funcionan por órganos o médula ósea de un donante humano. Medicaid reembolsa por los servicios de trasplante realizados en un centro de trasplante designado por una AHCA: • Médula ósea (trasplantes de sangre del cordón umbilical y células madre como sinónimo de trasplantes de médula ósea) • Córnea • Corazón • Corazón/pulmón • Intestino/multivisceral • Riñón • Riñón/páncreas • Hígado • Pulmón • Páncreas Medicaid reembolsa por la atención brindada antes y después del trasplante, incluidos los medicamentos inmunodepresores aun si Medicaid no pagó el procedimiento de trasplante. Se pueden aplicar requisitos de cobertura y limitación. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de transporte (que no es de emergencia) (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de transporte que no son de emergencia para un beneficiario elegible de Medicaid y un asistente de cuidado personal o escolta, si es necesario, que no tienen otro medio de transporte disponible para ningún servicio compensable de Medicaid. *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**
Servicios de ayudas visuales (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa por los servicios de ayudas visuales para brindarlas a beneficiarios a fin de aliviar sus problemas visuales. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de ayudas visuales: • Anteojos • Servicios de ajuste, dispensación y modificación de anteojos • Servicios de reparación de anteojos • Lentes de contacto • Ojos protésicos • Medicaid de Florida reembolsa dos pares cada 365 días para beneficiarios menores de 21 años • Para los beneficiarios mayores de 21 años, Medicaid de Florida reembolsa lo siguiente: • Un marco cada dos años • Dos lentes cada 365 días • Materiales de lentes de policarbonato o termoplásticos para la seguridad del beneficiario o por una condición médica documentada (cuando sea necesario) • Monturas de metal cuando las monturas de plástico son médicamente inapropiadas	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de ayudas visuales (beneficio de Medicaid) (continuación) • Lentes de contacto rígidas o blandas • Uso prolongado (si el beneficiario no puede usar lentes blandas normales) • Ajuste • La lente de contacto y los kits de cuidado necesarios • Instrucciones sobre la inserción, la extracción y el cuidado adecuado de las lentes • Un período de visita de seguimiento de 90 días que incluye agudeza, evaluación de la fisiología corneal, examen de biomicroscopia y otros procedimientos requeridos (según sea necesario) *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	
Servicios de atención para el cuidado de la vista (beneficio de Medicaid) Medicaid reembolsa los servicios de atención para la vista para dar exámenes, diagnóstico, tratamiento y manejo de la vista relacionados con patologías oculares y anexiales. Medicaid reembolsa, entre otros, por los siguientes servicios de atención para la vista: • Blefaroplastia cuando la caída o la flacidez de los párpados interfiere con la visión del beneficiario • Hasta cuatro topografías corneales computarizadas por año • Hasta cuatro implantes intravítreos por año • Tapones de puntos lagrimales • Una visita de consulta inicial por año • Servicios de patología y laboratorio (el laboratorio debe tener una licencia de Enmiendas de mejora de laboratorio clínico)	$0 de copago por cada beneficio cubierto por Medicaid.**

Beneficios adicionales de Medicaid	** Los costos compartidos de este cuadro se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios de atención para la vista (beneficio de Medicaid) (continuación) • Servicios oftalmológicos especiales cuando se hacen además de una visita oftalmológica general o de evaluación y gestión • Hasta 12 tapones de puntos lagrimales temporales por año cuando un tratamiento conservador más permanente provocaría molestias • Hasta dos visitas de evaluación y gestión por mes • Hasta dos refracciones cada 365 días • Servicios de examen visual que se hacen cuando se informa sobre un problema, enfermedad, dolencia o lesión de la vista *Se pueden aplicar normas de autorización previa.*	

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), pero están disponibles por medio de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre estos servicios y otros servicios cubiertos por medio de Medicaid, comuníquese con AHCA llamando al 1-888-419-3456 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

- Hospicio
- Programas de exenciones de Medicaid
- Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE)
- Atención institucional

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

El cuadro de abajo enumera servicios y artículos que nuestro plan no cubre bajo ninguna condición o que el plan cubre solo bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no están cubiertos), usted deberá pagarlos excepto en las condiciones específicas de la lista de abajo. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos no se cubrirán y el plan no los pagará. La única excepción es si se apeló el servicio y se decidió: después de la apelación que era un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3).

Servicios que Medicare no cubre	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor crónico de espalda baja en ciertas circunstancias
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo Están cubiertas todas las etapas de reconstrucción para un seno después de la mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
Cuidado de compañía El cuidado de compañía es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No se cubre en ningún caso

Servicios que Medicare no cubre	Cubiertos solo en condiciones específicas
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos Los elementos y procedimientos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que nuestro plan y Medicare original han determinado que, por lo general, no cuentan con la aceptación de la comunidad médica.	Medicare original los puede cubrir bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios clínicos de investigación)
Cargos por atención que hacen sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No se cubren en ningún caso
Atención de enfermero de tiempo completo en su casa	No se cubre en ningún caso
Los servicios domésticos incluyen ayuda para los cuidados básicos en casa, entre los cuales están la limpieza del hogar y la preparación de alimentos sencillos	Cubierto hasta 30 horas por año
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No se cubren en ningún caso
Zapatos ortopédicos o aparatos de apoyo para los pies	Los zapatos que son parte de una prótesis de pierna y que se incluyen en el costo de la prótesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
Artículos personales en la habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No se cubren en ningún caso
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos quirúrgicos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta	No se cubren en ningún caso

Servicios que Medicare no cubre	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina	La manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones está cubierta
Queratotomía radial, operación LASIK y otras ayudas para la baja visión	No se cubren en ningún caso
Atención de rutina de los pies	Cierta cobertura limitada que se da de acuerdo con los lineamientos de Medicare (p. ej., si usted tiene diabetes)
Los servicios considerados no son razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare original	No se cubren en ningún caso

CAPÍTULO 5:
Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le escriba una receta válida según la ley estatal aplicable.
- Su prescriptor no debe estar en las Listas de Exclusión o Prohibición de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia en la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe tener una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o que está respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para más información).

SECCIÓN 2 Llena su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en farmacias en la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta surtidos en las farmacias fuera de la red).

Una farmacia en la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para dar sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que están en la lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias en la red

Busque una farmacia en la red en su área

Para encontrar una farmacia en la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor) y/o llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias en la red.

Si su farmacia deja de estar en la red

Si la farmacia que usted usa se retira de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una farmacia nueva en la red. Para buscar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros en el 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede buscar información en nuestro sitio web en www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en casa.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para conseguir medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Las farmacias que atienden en el marco del Programa de Salud para Indígenas Tribales/Urbanos y del Servicio de salud para la población indígena (no está disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Las farmacias que surten medicamentos restringidos por la FDA para ciertas ubicaciones o que necesitan de un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias,*

www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor, o llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

Usted puede usar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan para ciertos tipos de medicamentos. Generalmente, los medicamentos suministrados mediante pedidos por correo son medicamentos que usted toma de manera regular por una afección crónica o de largo plazo. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que pida **un suministro para al menos 84 días (de hasta 100 días para los medicamentos de los Niveles 1 y 2)**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir las recetas por correo, comuníquese con Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede buscar información en nuestro sitio web en https://www.chooseultimate.com/Member/DocumentsandForms.

Generalmente, un pedido de farmacia por correo se le entregará en un plazo máximo de 14 días. Sin embargo, si el pedido se demora, llámenos al 1-800-311-7517 (usuarios de TTY, al 711) inmediatamente para que podamos coordinar para que recoja el medicamento en su farmacia local. Puede llamarnos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicarán con usted para saber si quiere el medicamento de manera inmediata o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para que sepan si enviar, demorar o detener la nueva receta.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros demuestran que su suministro de medicamento está por acabarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento y podrá cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si el medicamento cambió.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero igualmente quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se termine su medicamento actual. Esto

permitirá asegurarse de que se envíe su pedido a tiempo.

Para dejar de participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando al 1-800-311-7517 (TTY 711). Puede comunicarse con nosotros las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no quiere, puede ser elegible para recibir un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro ampliado") de los medicamentos de mantenimiento de la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias,* www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor, le menciona qué farmacias de nuestra red le pueden dar un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.2 para más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede usar una farmacia en la red. También tenemos farmacias en la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para saber si hay una farmacia en la red cerca.

Cubrimos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red únicamente en estas circunstancias:

- Si está viajando dentro de los EE. UU., pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas

que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura identificadas en este documento y no hay disponible una farmacia de la red.
- Si no consigue un medicamento cubierto que necesite inmediatamente porque no hay farmacias en la red abiertas a una distancia razonable en auto.
- Si su receta es para un medicamento de especialidad o único que las farmacias en la red no suelan tener en stock.
- Si lo evacúan de su casa por un desastre u otra emergencia sanitaria declarada a nivel estatal o federal, y no tiene acceso a una farmacia dentro de la red.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal de los costos compartidos) en el momento de surtir su receta. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan el reembolso). Usted podría tener que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriremos de la farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La lista de medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos la lista de medicamentos.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y la aprobó Medicare.

La lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo averiguar sobre la cobertura de medicamentos de su Medicaid.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está *ya sea*:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o afección para la que se receta.

- Respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX (Micromedex).

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con nombre comercial registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podría significar que se trata de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas “biosimilares”. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento determinado en nuestra lista de medicamentos.
- En algunas ocasiones, es posible que obtenga un medicamento que no esté en nuestra lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay seis (6) niveles de costos compartidos para los medicamentos de la lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la lista de medicamentos de nuestro plan están en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, más alto será el costo del medicamento:

- Nivel 1 – Genéricos preferidos incluye medicamentos genéricos. Este es el nivel de costos compartidos más bajo.
- Nivel 2 – Genéricos incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Nivel 3 – De marca preferidos incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 – Medicamentos no preferidos incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 – Medicamentos de especialidad incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Este es el nivel de costos compartidos más alto.
- Nivel 6 – Medicamentos Suplementarios (Solo Medicamentos Excluidos) incluye medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos de nuestro plan. La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la lista de medicamentos?

Tiene las siguientes opciones para averiguar si un medicamento específico está en nuestra lista de medicamentos:

- Consulte electrónicamente nuestra lista de medicamentos más reciente.
- Visite nuestro sitio web (www.ChooseUltimate.com/Home/PrescriptionDrugs). La lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actual.
- Comuníquese con Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento determinado está en la lista de medicamentos de nuestro plan o solicite una copia de esta.
- Use la “herramienta de beneficios en tiempo real” (https://welcome.optumrx.com/ulthp/prescription-drug-list) para buscar medicamentos en la lista de medicamentos para obtener un cálculo de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la lista de medicamentos que

podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Inicie sesión en su portal de miembros de Optum: https://www.optumrx.com/en/

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen el cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de costo más bajo funcionará tan bien como un medicamento de costo alto, las normas de nuestro plan están diseñadas para animarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de costo más bajo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que los mismos medicamentos puedan ser diferentes basándose en la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y las diferentes restricciones o costos compartidos pueden aplicarse a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. **Si desea que le anulemos la restricción, debe usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Es posible que aceptemos anularla, o no. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener una aprobación por anticipado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan según los criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se establece para asegurarse de la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene

esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede acceder a los criterios de autorización previa de nuestro plan si llama a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web https://chooseultimate.com/Home/PrescriptionDrugs.

Pruebe primero un medicamento diferente

Este requisito le motiva a probar un medicamento menos costoso pero igual de efectivo antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica y el Medicamento A es menos costoso, es posible que nuestro plan le solicite que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le sirve, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con un medicamento diferente se llama **terapia escalonada**. Puede acceder a los criterios de la terapia escalonada de nuestro plan si llama a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web https://chooseultimate.com/Home/PrescriptionDrugs.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Lo que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que usted toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está en nuestra lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O es posible que esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más caros de lo que cree conveniente.

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones sobre lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede pedir una **excepción** y pedir que nuestro plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe dar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la lista de medicamentos de nuestro plan O ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si usted es un nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan**.**
- **Si usted estaba en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será, como máximo, un suministro de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar un suministro máximo de hasta 30 días del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia en la red. (Tome en cuenta que la farmacia de atención de largo plazo podría proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días y viven en un centro de atención de largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
  Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está escrita para menos días. Esto es además del suministro temporal que se indica arriba.
- **Para miembros que estén inscritos en el plan hace más de 90 días y tengan cambios en su nivel de atención (de un tratamiento a otro):**
  Es posible que haga una transición no planificada, como el traslado de un hospital a un centro de atención de largo plazo. Si esto sucede y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos se ve limitada, pero hace más de 90 días que es

miembro del plan, cubriremos un suministro temporal de hasta 30 días (o 31 días si reside en un centro de atención de largo plazo) en farmacias en la red. Esto le dará tiempo para hablar con su médico sobre otras opciones de tratamiento. Después del suministro del primer mes en estas situaciones, deberá seguir el proceso de excepción del formulario del plan. Por definición, hay un cambio en el nivel de atención cuando los miembros:

- Ingresan en un centro de atención de largo plazo (LTC) desde un hospital u otro ámbito.
- Se vaya de un centro de atención de largo plazo (LTC) y regresa a la comunidad.
- Reciben el alta hospitalaria para regresar a su hogar.
- Finalizan una estancia en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare Parte A (cuando se cubren todos los cargos de farmacia) y deben regresar a la cobertura del formulario del plan de la Parte D.
- Regresan del estado de hospicio a los beneficios estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Reciben el alta de un hospital psiquiátrico con un tratamiento farmacológico sumamente individualizado.

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le agote. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionarle de la misma manera. Llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Opción 2. Solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que hay razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir la excepción. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento incluso si no está en la lista de medicamentos de nuestro plan. O bien,

puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.1 Lo que hay que hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que cree que es demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que también podría funcionarle. Llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que podría funcionarle.

Solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento de tal forma que usted pague menos. Si su proveedor dice que hay razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a pedir la excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 – Medicamentos de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costos compartidos para medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede hacer algunos cambios en la lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o bajo**.
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de modificar la lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando haya cambios en la lista de medicamentos, publicaremos la información en nuestro sitio web. También actualizamos con regularidad nuestra lista de medicamentos en línea. A veces, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios a la cobertura para medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la lista de medicamentos y eliminar <u>inmediatamente</u> un medicamento similar o realizar cambios a este en la lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de esta, moverlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.

- Podemos realizar cambios de inmediato y avisarle más adelante, incluso aunque tome el medicamento que eliminemos o con respecto al cual realizamos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre los cambios específicos que realicemos.

- **Agregar medicamentos a la lista de medicamentos y eliminar un medicamento similar o realizar cambios a este en la lista de medicamentos.**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de esta, moverlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos en la lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted toma ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios en la lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que el año ha empezado que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos hacer cambios basados en las advertencias en la caja de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que los receta sobre las opciones que serían mejor para usted, incluso la opción de cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cubrir cualquier restricción nueva en el medicamento que toma. Usted o el

profesional que emite las recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

Puede ser que hagamos ciertos cambios en la lista de medicamentos que no estén descritos arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará para usted si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted continúa en el mismo plan.

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan son los siguientes:

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que toma (excepto por un retiro del mercado, un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte de los costos compartidos hasta el 1 de enero del próximo año.

No le comunicaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Usted debe revisar la lista de medicamentos para el siguiente año del plan (cuando esté disponible la lista durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que toma que lo afecte durante el siguiente año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no se excluirá según la Parte D, nosotros lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión consulte el Capítulo 9). Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted (excepto para ciertos medicamentos excluidos cubiertos según nuestra cobertura para medicamentos mejorada).

Estas son 3 normas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- Nuestra cobertura para medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado* en la etiqueta de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX (Micromedex). El uso *no indicado* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en una etiqueta de medicamento según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted bajo su cobertura de medicamentos de Medicaid, como se indica a continuación.

- Medicamentos sin receta (también conocidos como medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado
- Medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del pelo
- Productos de vitaminas y minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con flúor
- Medicamentos usados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige que la compra de servicios de control o las pruebas asociadas se haga únicamente del fabricante como una condición de venta

Si **recibe ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que no están cubiertos normalmente. (Consulte la lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información). Si usted recibe cobertura para medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no suelen estar cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura para medicamentos está disponible para usted. (Consulte los teléfonos e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, dé la información de la membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia en la red que elija. La farmacia en la red le facturará automáticamente a nuestro plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su receta.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted podría tener que pagar el costo total del medicamento con receta cuando vaya a recibirlo.** Puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que el medicamento cumpla todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención de largo plazo (LTC)

Generalmente, un centro de atención de largo plazo (LTC) (como un centro de atención residencial) tiene su propia farmacia o una farmacia que surte los medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta mediante la farmacia del centro, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias,* www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor, para saber si la farmacia de LTC o la que usan es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si está

en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo conseguir un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (como contra las náuseas, laxantes, contra el dolor o la ansiedad) que no estén cubiertos por el hospicio porque no tienen relación con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor del hospicio en la que se indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para prevenir demoras en recibir estos medicamentos que deberían cubrir nuestro plan, pida al proveedor de hospicio o al proveedor que receta que avise antes de que se surta su receta.

Si usted revocara su elección de hospicio o si lo dieran de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explicó en este documento. Para prevenir demoras en una farmacia cuando finalicen sus beneficios de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para que verifiquen su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de medicamentos

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciben una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de manera regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios, ya que toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que no son seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted toma
- Cantidades no seguras de medicamentos opiáceos para el dolor

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros con el uso seguro de los medicamentos opiáceos

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios profesionales o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con los profesionales que los recetan para asegurarnos de que dichos medicamentos sean médicamente necesarios y los use de forma adecuada. En colaboración con los profesionales que le emiten las recetas, si decidimos que el uso que haga de opiáceos o benzodiacepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos. Si lo ponemos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de una determinada farmacia(s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de un determinado proveedor(s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. En la carta, se le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos solo de un profesional o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué profesionales que emiten recetas o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que crea que es importante que sepamos. Después de que se le haya dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el proveedor que receta tienen derecho a la apelación. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos una nueva decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo pedir una apelación.

No se le pondrá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones, como dolor relacionado con cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo atención de hospicio, paliativa o por enfermedad terminal, o si vive en un centro de atención de largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Gestión de Terapia de Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o están en un DMP para ayudarlos a usar los opiáceos de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud harán con usted una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre su receta y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de lo que se recomienda que haga que incluye las medidas que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de medidas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga actualizada su lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su documento de identificación) si va al hospital o a sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Para preguntas sobre este programa, llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D

Usamos la palabra “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, debe saber los medicamentos que están cubiertos, donde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura para medicamentos (https://welcome.optumrx.com/ulthp/), el costo que ve muestra un cálculo de los gastos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información que proporciona la “herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y reciben Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si obtiene Ayuda adicional, **cierta información en esta *Evidencia de cobertura* relacionada con los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un documento separado, llamado *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)*, también conocido como *Low-Income Subsidy Rider (Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos)* o *LIS Rider (Cláusula adicional de LIS)*, que describe su cobertura para medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional de LIS*.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por sus medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D cubiertos que se le puede pedir que pague:

Deducible es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar nuestra parte.

Copago es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.

Coseguro es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir cuando llevamos el control de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos <u>sí se incluyen</u> en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que mencionamos abajo (siempre que sean para medicamentos de la Parte D cubiertos y que usted haya cumplido las normas para la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago de sus medicamentos que hagan familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado mediante la Ayuda adicional de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, el Servicio de salud para la población indígena, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) han gastado un total de $2,400 en gastos de bolsillo a lo largo del año calendario, pasa de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene de una farmacia fuera de la red y que no cumple con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realice por medicamentos incluidos dentro de nuestra cobertura adicional, pero que no están generalmente cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos que realice por los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos que realizan ciertos planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal para pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuento del Fabricante (Manufacturer Discount Program)

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas arriba paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo de medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Cómo hacer un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo

- La *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le explicará que salió de la etapa de cobertura inicial y pasó a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para saber lo que puede hacer para ayudarnos a estar seguros de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para la cobertura para medicamentos en el plan Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). Cuánto paga por cada receta depende de la etapa en que está cuando surte o vuelve a surtir una receta. La información de cada etapa se explica de este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un control de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que hace cuando obtiene surtidos de medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que usted pagó. Esto incluye lo que usted pagó al recibir un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago por sus medicamentos realizado mediante la Ayuda adicional de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, el Servicio de salud para la población indígena, Programas de Asistencia para Medicamentos contra el Sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).
- **Total de costos de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si le surtieron una o más recetas mediante nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe le da los detalles del pago de las recetas que le surtieron durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio del primer surtido por cada reclamo de receta por la misma cantidad.
- **Recetas de alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información de otros medicamentos disponibles con menos costos compartidos por cada reclamo de medicamentos con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para llevar control de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos sobre las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay veces en que puede ser que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un control de los gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos**. Ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia en la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte de nuestro beneficio del plan.
    - Cuando hace un copago por los medicamentos que se proporcionan según un programa de asistencia a los pacientes del fabricante del medicamento.
    - Cualquier ocasión en que compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio completo por un medicamento cubierto por circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que paguemos nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haga por usted.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP), el Servicio de salud para la población indígena y las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo. Lleve un

registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

No hay deducible para Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP). Usted empieza en la etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo obtiene

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (su cantidad de copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la lista de medicamentos de nuestro plan están en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- El Nivel 1 – Genéricos preferidos incluye medicamentos genéricos. Este es el nivel de costos compartidos más bajo.
- El Nivel 2 – Genéricos incluye medicamentos genéricos y de marca.
- El Nivel 3 – De marca preferidos incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos. Usted paga el menor entre el 25% de coseguro, o un copago de $35, o la cantidad aprobada por LIS, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El Nivel 4 – Medicamentos no preferidos incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.

- El Nivel 5 – Medicamentos de especialidad incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. Este es el nivel de costos compartidos más alto. Usted paga el menor entre el 25% de coseguro, o un copago de $35, o la cantidad aprobada por LIS, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 6 – Medicamentos Suplementarios (Solo Medicamentos Excluidos) incluye medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista en la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información de cuándo cubriremos una receta que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan, www.ChooseUltimate.com/Home/FindDoctor.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

La cantidad de copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos. Algunas veces el costo del medicamento es menos que su copago. En esos casos, usted puede pagar el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento de la Parte D cubierto

Nivel	**Costos compartidos estándar para farmacia dentro de la red** (Suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos para atención de largo plazo (LTC)** (Suministro de hasta 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (Suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferidos)	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos de especialidad)	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS
Nivel 6 de costos compartidos (Medicamentos Suplementarios)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Vaya a la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quiera menos del suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que recete, y a su farmacéutico que surta, menos de un suministro del mes completo si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe menos del suministro para un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo sería más bajo pues el costo total del medicamento sería más bajo.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que recibe en vez del mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día para su medicamento (la tasa de costos compartidos diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días que recibe de medicamento.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro *de largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro prolongado”). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

Sus costos para un suministro *de largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido estándar para farmacia (dentro de la red)** (Suministro para 90 días; hasta suministro de 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2)	**Costo compartido de pedido por correo** (Suministro para 90 días; hasta suministro de 100 días para algunos medicamentos de los Niveles 1 y 2)
Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferidos)	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS	25% del costo total o la cantidad aprobada por LIS
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5
Nivel 6 de costos compartidos (Medicamentos Suplementarios)	$0 de copago	$0 de copago

No pagará más de $70 por un suministro de hasta 2 meses o $105 para un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo del año alcancen los $2,400

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de los gastos de bolsillo llegue a $2,400. Luego, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Le ofrecemos cobertura adicional en algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Los pagos hechos por estos medicamentos no contarán para el total de gastos de bolsillo.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar el control de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre a lo largo del año. Muchas personas no llegan al límite anual de $2,400 para gastos de bolsillo.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la etapa de cobertura catastrófica cuando los gastos de bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales

Ofrecemos cobertura adicional para una cantidad limitada mensual de medicamentos selectos para la disfunción eréctil. Consulte nuestra lista de medicamentos para obtener más información.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubierta por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas mencionadas en la lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la lista de medicamentos de nuestro plan

o llame a Servicios para miembros al 800-311-7517 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre la cobertura y los costos compartidos con respecto a vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en 2 partes:

- La primera parte es el costo de **la propia vacuna**.
- La segunda parte corresponde al costo de **administrarle la vacuna**. (A esto a veces se le llama administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por la organización denominada Comité Asesor o de Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no tiene costo para usted.
2. **Donde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna puede dispensarla una farmacia o en el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede hacerlo en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que esté.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que haya pagado.
- Otras veces cuando recibe una vacuna, paga únicamente su parte del costo según su beneficio de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación, hay 3 ejemplos de maneras en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia en la red. (Esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna, que incluye el costo de administrarla.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, puede pagar la totalidad del costo de esta y el costo del proveedor por administrarla.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que haya pagado. En el caso de otras vacunas de la Parte D, le reembolsaremos la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia en la red y la lleva al consultorio de su médico, donde se la administran.

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administra la vacuna, puede pagar el costo total por este servicio.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que le paguemos nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará la cantidad total que haya pagado. En el caso de otras vacunas de la Parte D, le reembolsaremos la cantidad que pagó menos cualquier coseguro o copago por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debería pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores en la red facturan a nuestro plan directamente por sus servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos que ya recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la devolución del dinero con frecuencia se denomina **reembolso**). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para obtener el pago. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que deberían cubrirse, le devolveremos el pago por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de atención médica que recibió o por más de su parte de costos compartidos. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en vez de pagarla. Nosotros la veremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que debemos cubrirlos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlos, le avisaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos que permite el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tendrá derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede ser que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el pago o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o necesaria con urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

- Puede recibir los servicios de emergencia o necesarios con urgencia de cualquier proveedor, sin importar o no si el proveedor forma parte de nuestra red. En estos casos, pida al proveedor que lo facture a nuestro plan.
- Si paga la cantidad completa al recibir la atención, pídanos que devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que hizo.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que se le pida un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que hizo.
  - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si usted ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros determinaremos cuánto debía y le devolveremos el pago por nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor en la red le envíe una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores en la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan. Pero, algunas veces, cometen errores, y le piden que pague más que su parte del costo.

- Solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos. No dejamos que los proveedores añadan cargos adicionales aparte, lo que se llama **facturación de saldo**. Esta protección (de que usted nunca paga más de su cantidad de costos compartidos) aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aun si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor en la red que usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor en la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que hizo. Pídanos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debe según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de bolsillo cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Usted tiene que presentarnos la documentación como recibos y facturas para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, puede ser que la farmacia no pueda presentarnos directamente el reclamo. Cuando eso sucede, usted tiene que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte de los costos compartidos. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta debido a que no tiene su tarjeta de membresía de nuestro plan

Si no tiene la tarjeta de membresía de nuestro plan, usted puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite que le paguemos nuestra parte de los costos compartidos. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta porque se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la lista de medicamentos de nuestro plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se le aplicaría. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En algunas situaciones, podríamos necesitar más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

Cuando nos pida que le paguemos, revisaremos su pedido y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir el servicio o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si rechazamos su pedido de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9, hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el pago o paguemos una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos que le paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo en el plazo de 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para hacer la solicitud de pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. La información que necesitamos para tomar una decisión es el comprobante de pago, la información del expediente médico de la farmacia/proveedor y la descripción del medicamento, suministros o servicios recibidos.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.ChooseUltimate.com) o comuníquese con Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar el formulario.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con las facturas o recibos pagados que pueda haber a esta dirección:

Solicitudes de reembolso de servicios médicos:

Ultimate Health Plans
PO Box 3459
Spring Hill, FL 34611

Solicitudes de reembolso de medicamentos con receta:

OptumRx Claims Department
PO Box 650287
Dallas, TX 75265-0342

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si todavía no pagó el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no le enviaremos el pago y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error denegando su solicitud de pago o la cantidad que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener información de cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos al inglés, incluido español; en braille; en tamaño de letra grande; o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con nuestro plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include, but aren't limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 888-657-4170 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene el derecho de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que le preste y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de un referido. No requerimos que obtenga referidos para acudir a proveedores de la red. Para otros cuidados médicos que puede recibir sin una derivación, por favor consulte el Capítulo 3, Sección 2.2.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un período razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesita esa atención. Usted también tiene derecho a surtir o resurtir sus medicamentos con receta en cualquiera de nuestras farmacias en la red sin grandes demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un período razonable, el Capítulo 9 indica lo que usted puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información de salud personal. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, al igual que su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y controlar cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso escrito llamado *Notice of Privacy Practice (Aviso de prácticas de privacidad)* que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas abajo, si pretendemos dar su información médica a alguien que no le está dando atención ni pagando su atención, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o de alguien a quien usted haya dado el poder legal para tomar decisiones por usted*.

- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Debemos revelar información médica a las agencias del gobierno que revisan la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos darle a Medicare su información médica incluyendo la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare revela su información para usos de investigación u otros, esto se hará de acuerdo con los estatutos y los reglamentos federales; generalmente esto exige que no se comparta la información que lo identifica particularmente.

Puede consultar la información en su expediente y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que guarda nuestro plan y obtener una copia. Tenemos permitido cobrarle por reproducir copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos o corrijamos su expediente médico. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidados de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de nuestra organización.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos darle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte.

Si quiere cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la condición financiera de nuestro plan.

- **Información sobre nuestras redes de proveedores y farmacias.** Usted tiene el derecho de obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 tienen información relacionada con los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, hay información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se informa sobre cómo pedir una explicación por escrito del motivo por el que no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también hay información de cómo pedirnos cambiar una decisión, también llamado una apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a saber sobre sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que pueda entenderlas*.

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar lo que cuestan o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que le hablen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le hablen sobre cualquier riesgo que implique su atención. Se le debe informar anticipadamente si algún tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho de decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho de retirarse de un hospital u otro centro médico, aún si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de su decisión.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se haría si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas pierden la habilidad de tomar decisiones de atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere,* puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda imposibilitado para tomar decisiones.
- **Entregar instrucciones por escrito a sus médicos** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para entregar indicaciones por anticipado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Los documentos como el **testamento en vida** y el **mandato para atención médica** son ejemplos de las directivas anticipadas.

Cómo crear directivas anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucción anticipada de organizaciones que dan información acerca de Medicare. También puede llamar a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Contemple obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas apropiadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puedan tomar decisiones en su nombre si usted no puede. Puede ser que también quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y firmó un formulario de directivas anticipadas, **llévese una copia al hospital**.

- Si lo admiten en el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmarlo.

Completar un formulario de directivas anticipadas es su elección (incluso si quiere firmarlo si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo si usted firmó o no una instrucción anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones de esta, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida llamando al 1-888-419-3456 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-955-8771) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. 5:00 p. m. (hora del este).

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento, figura lo que puede hacer. No importa lo que haga, pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de forma justa**.

Sección 1.7 Si siente que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

Si considera que se lo ha tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si cree que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos *y no* tiene que ver con la discriminación, puede obtener ayuda en los siguientes lugares para tratar el problema que está teniendo:

- **Llame a Servicios para miembros de nuestro plan al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame al SHIP local** al 800-963-5337. (Los usuarios de TTY deben llamar al 800-955-8770).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame al SHIP local** al 800-963-5337. (Los usuarios de TTY deben llamar al 800-955-8770).
- **Comuníquese con Medicare.**
    - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y Protecciones de Medicare)* (disponible en: Derechos y Protecciones de Medicare)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se indica lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos**. Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 tienen información sobre los servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 tienen información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura médica o cobertura para medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** En el Capítulo 1, obtiene información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.

- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a que lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y completando su atención.**
    - Para obtener la mejor atención, hable con sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que está tomando, inclusive medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtenga respuestas que usted entienda.

- **Sea amable.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las cosas en el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas funcionen sin problemas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, es responsable de hacer estos pagos:
    - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de nuestros servicios médicos y medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si usted se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para tratar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se usan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para recibir la ayuda o información correctas, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al

711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE), 800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 800-955-8770).

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite Medicare.gov

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Florida Agency for Health Care Administration (AHCA) al 888-419-3456 (los usuarios de TTY deben llamar al 800-955-8771)

SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Se denomina proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces los procesos de Medicare y Medicaid no están combinados. En esos casos, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 5: Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11: Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted puede utilizar el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red

puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los miembros al 888-657-4170** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de Nombramiento de representante. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.chooseultimate.com.).
    - Su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Si su médico u otro proveedor de atención médica pide que se continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es **posible** que deba nombrar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al *888-657-4170* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) y pida el formulario *de Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.chooseultimate.com). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una de estas:

- **Sección 6.** “Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7.** “Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8.** “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto”
- **Sección 9.** “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería

especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, COF]).

Si no está seguro de qué información corresponde a su caso, llame a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 **Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos** nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

En esta sección se indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo y que habíamos aprobado previamente se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación Sección 6.3.**

   Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de

enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

Una **decisión de cobertura rápida** se denomina **decisión acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos, 24 horas para medicamentos de la Parte B.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo una decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
  - Que usaremos los plazos estándar.
  - Que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su

médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud **para un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud. Si está solicitando un **medicamento de la Parte B,** le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención médica, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le

impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

Si le indicamos que íbamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que ocurra último.
- Si cumple este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujeto a su apelación) sin cambios.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos y posiblemente nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
    - Si no le damos una respuesta dentro del plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos adicionales de apelación.**
- Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
    - Si su problema está relacionado a la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

- Si su problema está relacionado a la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones apenas se haya completado la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que suele estar **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le indicará cómo hacerlo. A continuación, también se brinda información.
- Si su problema está relacionado a un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, el artículo o el medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 226 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión del plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, siga estos pasos:

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haberla recibido.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si toman días adicionales, le notificarán por escrito.La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si toman días adicionales, le notificarán por escrito.La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
    - Explicar la decisión.
    - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
    - La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir, siga estos pasos:

Paso 1: Pida una audiencia imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que suele cubrir Medicaid es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha de envío de la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.
- Puede presentar una apelación por teléfono, por correo o fax, o en línea.

  Agency for Health Care Administration (AHCA)
  Medicaid Fair Hearing Unit
  P.O. Box 7237
  Tallahassee, FL 32314-7237
  1-877-254-1055 (llamada gratuita)
  1-239-338-2642 (fax)
  MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

- Si solicita una audiencia justa por escrito, incluya la siguiente información:
  - Su nombre
  - Su número de miembro
  - Su número de identificación de Medicaid
  - Un número de teléfono donde usted o su representante puedan ser contactados
- También puede incluir la siguiente información si la tiene:
  - Por qué cree que la decisión debería cambiarse
  - El/los servicio(s) que cree necesitar
  - Cualquier información médica que apoye la solicitud
  - Quién le gustaría que le ayudara con su audiencia justa
- Después de recibir su solicitud de audiencia justa, AHCA le informará por escrito que se recibió su solicitud de audiencia justa. Un oficial de audiencia que trabaja para el Estado revisará la decisión que hemos tomado.

Paso 2: La oficina de la audiencia imparcial le da su respuesta.

La oficina de la audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de la audiencia imparcial aprueba una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el

servicio o artículo en un plazo de 72 horas de recibida la decisión de la oficina de la audiencia imparcial.

- **Si la oficina de la audiencia imparcial rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si se rechaza la totalidad o parte de lo que pedí, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la organización de revisión independiente o la oficina de la audiencia imparcial rechazan la totalidad o parte de lo que usted pidió, tiene **derechos adicionales de apelación**.

La carta que reciba de la oficina de la audiencia imparcial le describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de atención médica

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubiertos por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde del costo] por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, pídanos que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde] del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 6.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre indicaciones médicamente aceptadas, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en su farmacia le dicen que su receta no puede surtirse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 7.4.**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y una apelación.

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina **excepción al Formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina **excepción al Formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a los medicamentos en Nivel 5, Nivel de Especialidad. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor es el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5: Nivel de Especialidad.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo daría el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produciría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, **no aprobamos** su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe estar pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.*
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
    - Que usaremos los plazos estándar.
    - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
    - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid* (CMS) o en nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web https://chooseultimate.com/Home/PrescriptionDrugs. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Puede enviar solicitudes de determinación de cobertura electrónicamente a través del portal seguro para miembros, en https://www.optumrx.com/en/. Simplemente necesita registrarse en su Portal de Miembros Optum, ya sea en línea o a través de la aplicación móvil disponible en la tienda de aplicaciones. Después de registrarse, diríjase a la sección de Beneficios de Farmacia, donde encontrará una opción para enviar una solicitud de Autorización Previa en línea. Para enviar una solicitud, ingrese el nombre del medicamento y la información del proveedor. El sistema luego dirigirá la solicitud para su procesamiento. También puede realizar un seguimiento del estado de su solicitud de Autorización Previa directamente a través del portal en tiempo real.Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, su información de contacto y la información que demuestra cuál es la reclamación denegada que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de

revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar en un **plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 7.4.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 800-311-7517.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid* (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está

disponible en nuestro sitio web https://chooseultimate.com/Home/PrescriptionDrugs. Incluya su nombre, su información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
    - **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
    - **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- S**i aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Section 7.6 ¿Como hacer una apelación de Nivel 2?

Término Legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés "Independent Review Entity").

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicar la decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
    - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso ***no significa*** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más largo, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. *[Insert SHIP name and contact information.* Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE), 800-963-5337 (los usuarios de TTY llamen al 800-955-8770). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
    - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso

de muestra por Internet en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La **Sección 10** explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos - Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility "CORF")** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar nuestra porción del costo de su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo terminará su cobertura

Término Legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo *no* significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al *888-657-4170* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*). O bien, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. *[Insert SHIP name and contact information* Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE), 800-963-5337 (los usuarios de TTY llamen al 800-955-8770). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le dé nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la Explicación detallada de no cobertura donde se explican detalladamente los motivos por los cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si aplican). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores la rechazan, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la audiencia imparcial (Fair Hearing Office) le indicará lo que debe hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**

    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**

    - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le

indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la *puntualidad* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que le demos una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja también se denomina **presentar un reclamo**.

Usar el proceso para quejas también se denomina **usar el proceso para presentar un reclamo**.

Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Instrucciones para presentar quejas (presentar una queja formal).**
    - **¿Quién puede presentar una queja formal?**

Pueden presentar una queja formal usted o alguien que usted designe. La persona que elija actúa como su "representante". Puede designar a un familiar, amigo, abogado, defensor, médico o a cualquier otra persona para que actúe en su nombre. Es posible que las personas ya estén autorizadas por un tribunal o por la ley estatal para actuar en su nombre. Si elige a alguien que aún no está autorizado por un tribunal o por la ley estatal, usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que le dé a esa persona un permiso legal para que sea su representante. Para recibir indicaciones para designar un representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web, en www.ChooseUltimate.com.

- **Para presentar una queja formal verbal o por escrito:**

  Puede encontrar los teléfonos y la información de contacto para presentar quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D en el Capítulo 2, Sección 1.

- **Cuando presente una queja formal, incluya**:

  ▪ Su nombre

  ▪ Dirección

  ▪ Número de teléfono

  ▪ Número de identificación del miembro

  ▪ Un resumen de la queja y cualquier comunicación anterior con nosotros relacionada con la queja

  ▪ La medida que solicita que tomemos

  ▪ Su firma o la de su representante autorizado y la fecha. Si quiere que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) y pida el formulario de "Appointment of Representative" (Nombramiento de un representante). (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da a esa persona permiso para actuar de su parte. Deben firmarlo usted y la persona que usted desea que actúe de su parte. Deberá darnos una copia del formulario firmado

- **Plazos para presentar quejas formales**:

  Le responderemos a su queja formal en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del día en que recibamos la solicitud o en un plazo de 24 horas para las quejas formales expeditas.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe llamar a Servicios para los miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Advantage Plus by Ultimate (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-

complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

También puede comunicarse con Medicaid del estado para presentar una queja llamando a la Agencia para la Administración de Atención Médica, (AHCA) - Medicaid de Florida en todo el estado, al 1-877-711-3662 (TTY: 1-866-467-4970).

CAPÍTULO 10: Cómo cancelar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Puede que se vaya de nuestro plan porque decide que *quiere* irse. En las Secciones 2 y 3, hay información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted se retira de nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta y usted continuará pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare puede cancelar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Como tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare original *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte.
- Si es elegible, un Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y se queda sin cobertura para medicamentos acreditable durante un período continuo de más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Si recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

- Llame a la Oficina Estatal de Medicaid al 888-419-3456 (los usuarios de TTY deben llamar al 800-955-8771) para obtener más información sobre sus opciones del plan de Medicaid.
- Hay otras opciones de planes médicos de Medicare disponibles durante el **período de inscripción abierta**. La Sección 2.2 le da más información sobre el período de inscripción abierta.
- **Por lo general, su membresía termina el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan.** Su inscripción en el nuevo plan también se iniciará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía cada año durante el **período de inscripción abierta**. Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y su cobertura para medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- El **período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un plan nuevo, puede escoger cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
  - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
  - Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare aparte.
  - O Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare aparte.
  - Si es elegible, un Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si se cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y se queda sin cobertura para medicamentos acreditable durante un período de más de 63 días de corrido, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando la cobertura de su nuevo plan empiece el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un solo* cambio por año en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes en que se tiene derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que se tiene derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede:
  - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
  - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare original. Si se cambia a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado en ese mismo momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare original. Si usted también elige inscribirse en un plan Medicare de medicamentos, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes siguiente a la fecha en que el plan de medicamentos con receta reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En algunas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se llama un **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si tiene derecho a recibir Ayuda adicional para el pago de su cobertura para medicamentos de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en un centro, como un centro de atención residencial o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).
- **Nota:** Si está en un Programa de Manejo de Medicamentos (DMP), es posible que solo sea elegible para determinados períodos de inscripción especial. En el Capítulo 5, Sección 10, hay más información sobre los Programas de Manejo de Medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le da más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene derecho a cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura para medicamentos. Usted puede elegir:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura para medicamentos.
- Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare aparte.
- O Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare aparte.
- Si es elegible, un Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y se queda sin cobertura para medicamentos acreditable durante un período de más de 63 días

de corrido, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la cobertura para medicamentos: si se cambia a Medicare original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no acepte la inscripción automática.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar su plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2, verá más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Obtener más información en el manual ***Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)***.
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

El siguiente cuadro explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. • Automáticamente se cancelará su inscripción en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) cuando empiece la cobertura del nuevo plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare aparte	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Automáticamente se cancelará su inscripción en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) cuando empiece la cobertura del nuevo plan de medicamentos.
Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare aparte	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que lo den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) cuando empiece su cobertura en Medicare original.

Nota: Si cancela la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y se queda sin cobertura para medicamentos acreditable durante un período de más de 63 días de corrido, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Para preguntas sobre sus beneficios de la Medicaid, llame a la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida al 888-419-3456 (los usuarios de TTY pueden llamar al 800-955-8771) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo afecta la inscripción en otro plan o el regreso a Medicare original a su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted deberá seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía con Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), y empiece su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe seguir obteniendo sus insumos médicos, servicios y sus medicamentos con receta por medio de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores en la red para recibir la atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias en la red o de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, su hospitalización la cubrirá nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si es después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en nuestro plan en las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare
- Si deja de ser elegible para Medicaid. Como se mencionó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas elegibles para Medicare y Medicaid. Para seguir inscrito en nuestro plan, Medicare exige que se mantenga elegible para Medicare y Medicaid. Si se avisa al plan de su pérdida de elegibilidad para Medicaid, se lo avisaremos por escrito. El plan continuará dando atención durante 1 mes calendario completo para los miembros que pierdan la elegibilidad de Medicaid, siempre que el plan pueda dar la atención adecuada y se pueda esperar razonablemente que la persona vuelva a cumplir el requisito de elegibilidad en un plazo de 1 mes. Si el miembro no vuelve a calificar en el período de elegibilidad continua considerada del plan (1 mes), se cancelará la inscripción del miembro involuntariamente del plan, con el aviso adecuado, al final de este período. El período de elegibilidad continua considerada comienza el primer día del mes siguiente al mes en que la organización dispone de la información relacionada con la pérdida y la comunica al miembro, incluyendo los casos de terminaciones retroactivas de Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio

- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan
- Si queda encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero no ciudadano elegible
- Si miente u oculta información de otro seguro que usted tenga que brinde cobertura para medicamentos
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare)
- Si continuamente se comporta de una manera perturbadora y esto nos genera una dificultad para prestarle servicios de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare)
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos la autorización de Medicare)
    - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede pedir que el inspector general investigue su caso

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con temas médicos

Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP) no puede pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con temas médicos.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con temas médicos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestras razones para darla por terminada. Además debemos explicarle como puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados según la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinados casos, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nosotros no discriminamos por raza, origen étnico, país de origen, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado médico, experiencia de reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que tienen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), todas las otras leyes que se aplican a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que correspondan por cualquier otro motivo.

Si quiere obtener más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a atención, llame a Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, tal como un problema con acceso para sillas de rueda, Servicios para miembros le puede ayudar.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el principal pagador. De acuerdo con los reglamentos de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación: una apelación es algo que se hace si usted está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de los servicios de atención médica o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que esté recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para inscribirse en un plan médico particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Asistente de atención médica en casa: una persona que presta servicios y que no necesita las habilidades de una enfermera o terapeuta autorizado, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados).

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para dar servicios de emergencias, y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición de emergencia médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y de rehabilitación prestados sobre una base continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrarlas un enfermero o un médico.

Autorización previa: aprobación por anticipado para obtener servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario y los criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que puede usarse como sustituto de un biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales en cuanto al potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: biomedicamento que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares tienen la misma eficacia que los productos biológicos originales y son tan seguros como estos. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Cancelar inscripción o **cancelación de inscripción**: el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan.

Cantidad del ajuste mensual relacionado con ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados como los reportó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es mayor que cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y una cantidad del ajuste mensual relacionado con ingresos, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Cantidad máxima de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos. Las cantidades que paga por nuestras primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. (**Nota:** Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo).

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no necesitan hospitalización y que se espera que la estancia en el centro no sea superior a 24 horas.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje y servicios de evaluación del entorno de la casa.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando adquieren elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar por los medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y otros suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Copago: cantidad que se le pedirá que pague como su parte de los costos por un servicio médico o insumo, una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo $10) y no un porcentaje.

Coseguro: la cantidad que debe pagar, expresada como porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta.

Costos compartidos: se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de copago que un plan requiere cuando se recibe un determinado servicio o medicamento; o (3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total que se paga por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Cuidado de compañía: el cuidado de compañía es atención personal que se da en un centro de atención residencial, hospicio u otro entorno cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Cuidado de compañía, que le dan personas que no tienen las capacidades ni la formación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con temas médicos que la mayoría de las personas se brindan a sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado de compañía.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o recetas antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por nuestro plan y la cantidad que usted debe pagar por la receta, si es el caso. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que nuestro plan no cubre la receta, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

D-SNP integrado: D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid conforme a un solo plan médico para ciertos grupos de personas elegibles, tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas también se las conoce como “personas con doble elegibilidad para beneficios completos”.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona normal prudente, que tiene conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar que fallezca (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida del bebé que no ha nacido), pierda una extremidad o la función de una extremidad, pierda una función del cuerpo o sufra una discapacidad grave de una función del cuerpo. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Equipo de Atención: Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que su médico solicita por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para usar en casa.

Estancia en el hospital como paciente hospitalizado: una hospitalización cuando ingresa formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, se le puede considerar un paciente ambulatorio.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) gastaron $2,400 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa anterior a que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado la cantidad límite.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede pedir una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está pidiendo, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que anulemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está pidiendo (una excepción al formulario).

Facturación de saldo: situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico u hospital) le factura a un paciente más de la cantidad de costos compartidos permitida por nuestro plan. Como miembro de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP), solo tiene que pagar la cantidad de costos compartidos de nuestro plan cuando reciba servicios que cubre este. Nuestro plan no permite que los proveedores **facturen saldos** o le cobren más de la cantidad de costos compartidos que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia en la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en el que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias en la red.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o dar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “costos compartidos”. El requisito de costo compartido de los miembros de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como “requisito de costo de bolsillo del miembro”.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: portal o aplicación informática en la que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye las cantidades de los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplica a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro al que certificaron médicamente como enfermo terminal, lo que quiere decir que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios es su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando primas, usted continúa siendo un miembro de nuestro plan. Eso quiere decir que puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios adicionales que ofrecemos.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento aprobado por la FDA o que tiene el respaldo de ciertos libros de referencia, como la Información de medicamentos del Servicio de listas de medicamentos cubiertos para hospitales americanos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX (Micromedex).

Límite de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o para un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): un listado de los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia médica): programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, insumos o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen una fórmula con un ingrediente activo igual al de la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca haya caducado.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó de la cobertura de la Parte D ciertas categorías de medicamentos. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico actúa de la misma manera que un medicamento de marca y generalmente su costo es menor.

Medicare original (**Medicare tradicional** o Medicare de **pago por servicio**): el Gobierno ofrece Medicare original y no un plan médico privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. De acuerdo con Medicare original, los servicios de Medicare se cubren al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad que aprueba Medicare y usted paga su parte. Medicare original tiene 2 partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los Estados Unidos.

Medicare: Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que necesita diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual del plan de la cobertura para medicamentos de Medicare si pasa sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura para medicamentos estándar de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de la primera vez que sea elegible para participar en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable.

Nivel de costo compartido: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo del medicamento.

Organización para la mejoría de calidad (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare original miden su uso de los servicios en el hospital y en centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no haya recibido ninguna atención en el hospital para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, empezará un período de beneficios nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage o recibir cobertura por medio de Medicare original. Si decide cambiarse a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes médicos o de medicamentos o cambiarse a Medicare original.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: persona que tiene derecho a la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de Atención: Un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y necesidades funcionales, sociales y de la vida diaria.

Plan de Medicare Advantage (MA): en ocasiones, llamado la Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para darle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO), ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos con receta). Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan de Necesidades Especiales Equivalente a Institucional (IE-SNP): el IE-SNP restringe la inscripción a MA a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales por afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son planes de necesidades especiales (SNP) que restringen la inscripción a MA a personas elegibles que tienen afecciones crónicas y graves específicas.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan de Medicare Advantage que ofrece atención médica más centrada en grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, los que viven en un centro de atención residencial o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un Plan de organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por una cantidad especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores en la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciben de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores en la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores en la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a MA a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que residan) de manera continua por 90 días o más en determinados centros de atención de largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a institucional (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP), SNP institucionales híbridos (Hybrid Institutional Special Needs Plan, HI-SNP) y SNP institucionales basados en un centro (Facility-Based Institutional Special Needs Plan, FI-SNP).

Plan médico de Medicare: un plan médico de Medicare lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para dar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los Programas de demostración/piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los Estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir los *períodos sin cobertura* en Medicare original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Precio justo máximo: el precio que negoció Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para cobertura médica o cobertura para medicamentos con receta.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama "producto de referencia".

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan "biosimilares" (consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas que se proporciona a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Programa de Descuento del Fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biomedicamentos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos incluidos, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas médicos. En muchos planes médicos de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor en la red: **proveedor** es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores en la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores en la red también se les llama **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen ni están operados por nuestro plan.

Queja formal: un tipo de queja que usted hace sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este no involucra las disputas de cobertura o pago.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se usa *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, tiempos de espera y servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple los tiempos en el proceso de apelaciones.

Referido: una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin un referido, nuestro plan no puede pagar los servicios de un especialista.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye otros beneficios, como para la vista, dental o para la audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los servicios y los suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (pacientes ambulatorios), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios necesarios con urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio necesario con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable debido a la hora, el lugar y las circunstancias que obtenga este servicio de proveedores en la red. Ejemplos de servicios necesarios con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran necesarias de manera urgente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para miembros: departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más probable que funcione el tratamiento de la forma más óptima (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen la prueba de Papanicolaou, las vacunas contra la gripe y las mamografías de control).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda adicional.

Tarifa de suministro: un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que toma el farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Tasa de costos compartidos diarios: se puede aplicar una tasa de costos compartidos diarios cuando su médico le receta menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre el número de días en el suministro de un mes. A continuación, hay un ejemplo: si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30, y el suministro de un mes de nuestro plan es de 30 días, entonces su tasa de costos compartidos diarios es de $1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le había recetado inicialmente.

Servicios para miembros de Advantage Plus by Ultimate (Full) (HMO D-SNP)

Método	Servicios para miembros: información de contacto
Llame al	888-657-4170 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Servicios para miembros al 888-657-4170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) tiene también servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, estamos disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fax	800-303-2607
Escriba a	Ultimate Health Plans PO Box 3459 Spring Hill, FL 34611
Sitio web	www.ChooseUltimate.com

Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) (SHIP de Florida)

Atención de Necesidades de Seguro Médico de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar orientación gratis sobre el seguro médico local a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	800-963-5337
TTY	800-955-8770 Este número necesita de un equipo especial para el teléfono y únicamente es para personas que tienen dificultad para escuchar o para hablar.
Escriba a	SHINE Program 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399
Sitio web	https://www.floridashine.org/

Declaración de revelación de la PRA *De acuerdo con la Ley de reducción de trámites burocráticos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*